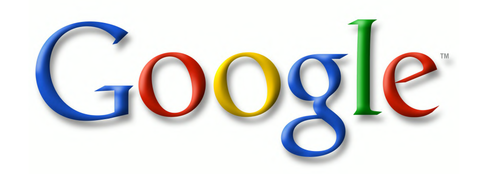
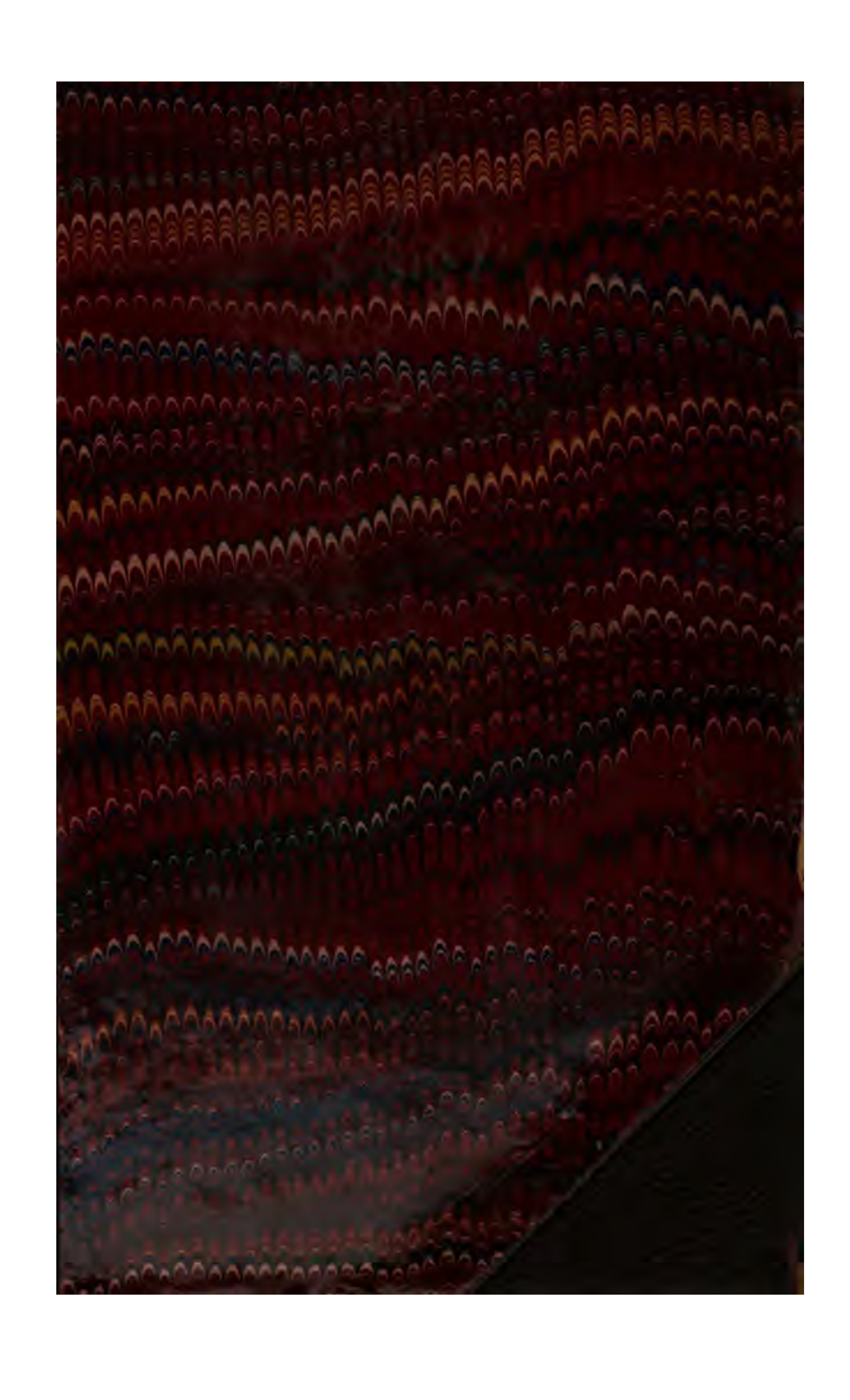
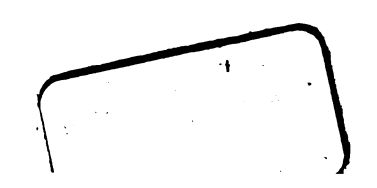






ARCHIVES

DE

NEUROLOGIE

ARCHIVES

DE

NEUROLOGIE

REVUE MENSUELLE

DES MALADIES NERVEUSES ET MENTALES

FONDÉE PAR **J.-M. CHARCOT**

PUBLIÉE SOUS LA DIRECTION DE MM.

A. JOFFROY
Professeur de clinique des maladies mentales à la Faculté de médecine de Paris.

V. MAGNAN
Membre de l'Académie de médecine
Médecin de l'Asile clinique (Ste-Anne).

F. RAYMOND
Professeur de clinique des maladies du système nerveux à la Faculté de médecine de Paris.

Deuxième série, tome XX. - 1905.

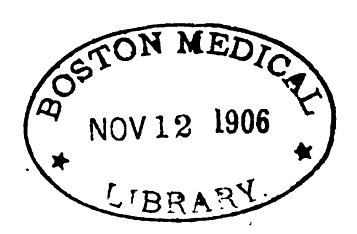
Avec 26 figures dans le texte

PARIS

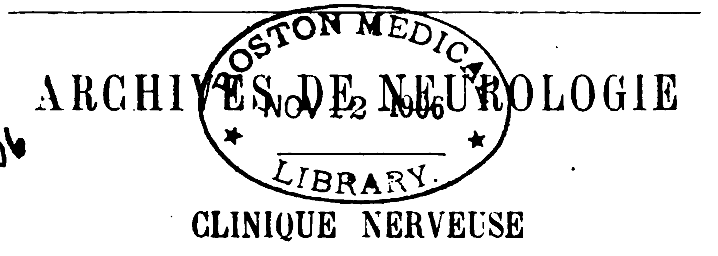
BUREAUX DU *PROGRÈS MÉDICAL*

14, *rue des Carmes*

1905


BOSTON MEDICAL
NOV 12 1906
LIBRARY.

Vol. XX Juillet 1905 N° 115



ARCHIVES DE NEUROLOGIE

CLINIQUE NERVEUSE

Morphinisme familial par contagion,

Par le Dr BRIAND
Médecin en chef à l'Asile de Villejuif,
Et le Dr F. TISSOT,
Interne du service.

« On entre dans la Morphinomanie, a dit le Professeur Ball, par la porte de la douleur, par celle de la volupté et par celle du chagrin. » Il y en a d'autres à la vérité et, parmi celles-ci, l'une des plus fréquentées est peut-être la porte de la contagion.

Le morphinisme est un vice qui ne se passe pas toujours de la société d'autrui : il avait des tendances communistes, avant même d'avoir conquis les classes moyennes et ouvrières, quand il était encore un apanage et un luxe de riches. Tandis que l'alcoolique boit volontiers seul, le morphinomane est souvent doublé d'un apôtre, soit qu'inconscient du danger prochain, il fasse du prosélytisme désintéressé, soit qu'animé de sentiments altruistes, il désire faire partager aux autres les joies de la morphine, soit encore que, malignement pervers, il veuille les entraîner dans la déchéance qui l'atteint.

Et il en est du morphinisme comme il semble en être de toute maladie contagieuse : le génie épidémique ne frappe point au hasard des sujets qu'il rencontre ; il choisit ceux que lui désigne un ensemble de caractères quelquefois bien marqués, qui nous échappent souvent et que nous groupons sous le terme assez vague de prédisposition. Cette prédisposition, chez le morphinomane, réside dans un état de faiblesse plus ou moins manifeste

des facultés intellectuelles et morales : tout ce qui est frappé d'agénésie du pouvoir inhibiteur de volition est une proie facile au morphinisme, comme à toute mauvaise tendance. Aussi les dégénérés, les déséquilibrés, s'y donnent-ils avec complaisance et prédilection ; ce sont les prédestinés des intoxications volontaires, buveurs d'alcool, d'éther, de chloral, de pétrole, fumeurs de thé ou d'opium. Si bien que la morphinomanie est considérée, par beaucoup d'auteurs, comme une conséquence possible de la constitution névropathique, fruit de l'hérédité.

C'est cette contagion qu'a subie la famille de L..., dont nous rapportons l'histoire, celle-ci intimement liée d'ailleurs à la vie morphinique d'un tiers, Léopold N..., qui fut le coupable propagateur de ses dangereuses habitudes.

Orphelin de bonne heure, N... fut recueilli à l'âge de trois ans par la famille L... qui vivait alors en Belgique, dans l'aisance d'un commerce prospère ; suivant le témoignage de la mère adoptive, ce fut un enfant doux, intelligent, facile à élever, sans mauvais instincts ; il sera cependant considéré plus tard comme un dégénéré héréditaire dans un rapport médico-légal motivé par quelque délit ; comme stigmate physique, il avait un bec de lièvre qui nécessita deux opérations. Son travail l'obligeait à de fréquentes et plus ou moins longues absences, hors de la famille, au sein de laquelle il revint un jour dans le dénûment le plus complet. Il se morphinisait alors depuis un mois, à la suite de névralgies qu'un médecin avait traitées par des injections de morphine et cocaïne. La douleur calmée, l'appétence morphinique avait subsisté, satisfaite, grâce au médecin, qui renouvelait, paraît-il, les ordonnances au gré de son client. Lors donc de son retour, N... en était à cette période de la morphinisation où le sujet entrevoit clairement le dur esclavage sous lequel il fléchit et où il est attiré cependant par les voluptés offertes par sa nouvelle maîtresse. Il lui arrivait, devant les remontrances des siens, de jeter loin seringue et flacon pour aussitôt regretter son geste et remplacer par d'autres les instruments délaissés. Et c'était alors avec un sentiment de curiosité mêlé de réprobation qu'en famille, on assistait à l'opération de ses piqûres :

chacun affirmait bien haut que jamais il ne pourrait se soumettre à un tel régime et y prendre le moindre goût. Illusion et faiblesse ! A quelque temps de là, presque tous avaient succombé à l'attrait de l'inconnu, cédé à l'influence néfaste de celui qui, recueilli par eux dans un mouvement de pitié, devait développer si rapidement dans ce milieu le germe importé avec lui de la corruption morphinique, de la déchéance morale et de la misère. La mère, la fille, puis un fils, sont successivement pris au piège et, en très peu de temps, deviennent d'avérés morphinomanes ; c'est à l'occasion de névralgies dentaires que celles-là se soumettent à l'expérience de N.. proposant son remède favori; mais c'est par pur égoïsme et pour n'être point gêné par les mouvements de son camarade de lit qu'une nuit N... le sollicite de se laisser piquer, lui promettant en retour un sommeil calme et des rêves merveilleux. Pour tous, les piqûres acceptées au début sous prétexte de douleur ou de curiosité, devinrent bientôt une nécessité ; l'habitude s'était vite formée, créant le goût, puis le besoin. De toute la famille, seul un fils avait échappé à la contagion, parce que l'unique piqûre reçue par lui l'avait péniblement éprouvé et qu'aussi, il n'avait pas tardé à quitter le logis. Quant au père, il était mort un an auparavant d'un tabes probablement saturnin.

Dès lors, toute la vie de cette famille se résume et tend à la satisfaction du besoin morphinique : on se pique en commun, nuit et jour, n'importe où, dans la rue sans pudeur, comme chez soi sans mesure. Tous devinrent des morphinomanes vrais, impulsifs à l'occasion, sauf la mère qui seule semble avoir gardé quelque dignité et modération : si, une fois passée, la lune de miel, bien courte, dit-elle, de sa morphinisation, Mme L... continua les habitudes prises, c'est moins par passion que par faiblesse, pour trouver l'anéantissement de son être, l'oubli de la réalité, pour assister, sans voir, à la bacchanale effrénée des siens qui dévalisaient littéralement la maison, pour assouvir leur soif de morphine, quand elle ne leur donnait pas d'argent.

Le fils adoptif s'était institué le grand pourvoyeur, détenteur et dispensateur des faveurs de la déesse : en bon

égoïste calculateur, s'il s'en réservait la meilleure part, il les distribuait parcimonieusement à ses initiés, assez cependant pour se les attacher étroitement par la passion qu'il avait créée chez eux, pour les tenir en quelque sorte au bout de sa seringue, car il avait trouvé ce moyen sûr et fort simple de s'assurer « la matérielle » et d'exercer son esprit de domination. Dans la suite et dans la nécessité des besoins croissants, chacun, sauf encore la mère, avait concouru, pour sa part, à la fourniture de la morphine. Rien n'était plus simple d'ailleurs que d'en avoir, car ce n'est un secret pour personne qu'on achète de la morphine presque aussi facilement que de l'alcool. Nos gens trouvèrent presque toujours auprès des pharmaciens, et tant en Belgique qu'en France, de faciles complaisances : les médecins chez lesquels ils allaient, sous des prétextes divers, solliciter des prescriptions de morphine, les leur donnaient, ajoutant souvent la mention « à renouveler » ; néanmoins, il arriva souvent à ces malheureux de truquer les ordonnances, d'en fabriquer de toutes pièces ; et la jeune fille, qui n'était pas la moins ardente à la morphine, n'était pas la moins experte à ce jeu frauduleux. Les pharmaciens furent encore plus accueillants ; il s'en trouva beaucoup pour fournir morphine et cocaïne, sans prescription médicale et au rabais, ceux-ci alors, trop conscients de leur faute, n'étiquetaient pas les flacons. Bien plus l'un, dont on ne saurait assez flétrir la coupable industrie, remit seringue et flacon à la jeune L... qui, à peine débarquée d'un séjour à l'Asile de Ville-Evrard, venait lui demander le moyen de retomber dans ses funestes habitudes, cependant qu'il la félicitait de sa guérison et de son retour. Il se rendit même au domicile de ses clients pour voir s'ils ne manquaient pas de morphine, les sachant au dépourvu d'argent ; et pour corriger l'effet d'un récent refus de leur en donner à crédit, il en apporta par précaution une certaine quantité.

Un jour arriva où il devint par trop difficile de se procurer de la morphine en Belgique, une affaire d'empoisonnement (dont l'héroïne, Mme X., condamnée à mort en 1896, serait encore emprisonnée à Mons), y ayant, paraît-il, occasionné une réglementation très sévère dans la vente des poisons. N... suggéra alors de quitter le pays

et de gagner Paris, où il serait sans doute plus aisé de se satisfaire ; la mère accepta la proposition : dans son esprit elle escomptait de ce voyage une diversion sur laquelle elle fondait, naïvement, l'espoir d'une guérison générale ; et puis elle voulait fuir, par honte, par pudeur, les lieux et les gens témoins de la décadence progressive de la famille. On liquida donc la situation commerciale et l'on partit : premier arrêt à Liége où la mère essaie de réaliser ses projets de guérison, mais la tentative avorte lamentablement, et l'on se met définitivement en route, à l'exception du frère L... qui rejoindra plus tard à Paris. Le trajet se fit à pied, en trois mois : on se piquait en chemin sans s'arrêter, tout en marchant, et l'on ne manquait aucun pharmacien de la route ; même, quand la disette menaçait, on s'offrait le chemin de fer pour arriver plus vite au gîte de morphine. Grâce à la jovialité de N... qui s'était fait le boute-en-train et le chef de la bande nomade, l'état moral était excellent : le matin on se réveillait bien un peu mal à l'aise, énervé, souffreteux, dégoûté; mais quelques injections avaient vite raison de ces remords et l'on continuait.

C'est en juin 1899 que nos trois voyageurs arrivent à Paris, rejoints peu après par le frère retardataire : là chacun travailla un peu et se piquait beaucoup, ce qui n'était pas fait pour améliorer la situation financière. De telles habitudes coûtent cher à ceux qui les cultivent : un jour le dénûment survint et, avec lui, la faim morphinique, mauvaise conseillère, qui pousse le morphinomane en détresse aux actes délictueux pour se procurer, soit directement la morphine, soit l'argent nécessaire à son achat; sous l'effort de ce besoin impérieux, impossible à satisfaire par les moyens ordinaires, le fond d'animalité remonte et fait éclore les impulsions diverses variables, suivant les circonstances et les dispositions du sujet, qui sont des réactions d'urgence, pour résoudre la crise angoissante. C'est ainsi que nos malades commirent de très nombreux vols à l'étalage dont ils réalisaient facilement le fruit dans les Monts-de-Piété ; qu'ils pratiquèrent l'escroquerie au pharmacien sous des formes variées dont l'une, pittoresque, révèle leur esprit ingénieux et peut s'appeler « le coup de la bouteille » : il

consiste à substituer au flacon que vient de préparer le pharmacien un flacon tout semblable, rempli d'eau, que le filou laisse pour compte, sous le prétexte qu'il ne peut payer tout de suite et avec la promesse de revenir plus tard en apportant le prix exigé. Cette substitution s'opère tantôt dans l'officine même, tantôt à domicile où l'on se fait envoyer les solutions commandées, tantôt encore dans la rue où l'on sort rapidement sous un prétexte quelconque avec la bouteille à escamoter, cependant qu'une autre personne attend dans l'officine le retour de la première et pense garantir, par sa présence, l'honnêteté de cette sortie.

Seule encore, entre tous les siens, la mère resta indemne sur ce point : l'abstinence de morphine l'éprouvait, mais elle ne fit jamais rien pour s'en procurer elle-même ; au reste, son caractère la disposait à la passivité ; aussi se laissait-elle voler, tromper, attendrir par ses enfants qui, en retour, lui octroyaient quelques piqûres d'une solution morphinique fortement coupée d'eau, eux se réservant les solutions lourdes et capiteuses.

A diverses reprises, ces quatre morphinomanes furent internés, soit d'office, soit volontairement ; ils revinrent toujours à leur vice collectif, sous l'instigation de N..., dont la mère ne sut pas résolument secouer le joug, ni arrêter l'œuvre néfaste. Il serait trop long et sans intérêt d'entrer dans le détail de ces internements dont les conditions ne sortent pas de la banalité ordinaire ; nous préférons développer quelques considérations sur cette observation, car elle montre, une fois de plus, le besoin de prosélytisme dont est atteint le morphinomane, comme d'un véritable prurit, et le rôle incontestable de la contamination, chez les sujets à résistance morale faible, dans les intoxications qu'on pourrait appeler de luxe (alcool, morphine, cocaïne, éther... etc.).

Mais cet affaiblissement de la force morale n'est pas toujours corrélatif d'un état de dégénérescence mentale : nos quatre malades eurent bien, parfois, des velléités de guérir ; la résolution se discutait en famille ; ils firent même quelques tentatives de sauvetage, toujours malheureuses il est vrai ; mais ces insuccès suffisent-ils à faire d'eux des débiles moraux ? Le courage, la force de

caractère, sont des vertus rares, et le monde n'a pas changé, depuis le jour où le poète latin exprimait par ce cri bien humain son impuissance et sa veulerie devant l'effort à faire :

« ...... *video meliora proboque,*
Deteriora sequor. »

Nous avons montré ces malades impulsivement poussés au vol, sous l'influence du jeûne morphinique ; or ils sont d'une honnêteté parfaite, une fois soustraits à la sujétion du toxique ; dans ses périodes de guérison, le jeune L... ne manqua jamais de restituer des bijoux ou de l'argent que, dans diverses circonstances, sa profession lui donnait l'occasion de trouver. Nous n'avons d'ailleurs décelé aucune constitution physique, défectueuse dans cette famille. Enfin, et c'est là un fait intéressant, les héros de cette histoire ont, dès le début de leur morphinisation et toujours depuis lors, employé la cocaïne concurremment et en parties égales à la morphine : ils n'ont cependant jamais présenté qu'une seule fois du délire et des hallucinations, un jour que, privés de morphine, ils avaient volé de la cocaïne et s'en étaient gorgés avec excès. Malgré les fortes doses quotidiennement injectées pendant cinq ans, ils furent des cocaïnisés sans cocaïnisme. Cette résistance à l'hallucination n'indique-t-elle pas une constitution psychique moins mauvaise qu'on ne serait tenté de la juger par leur histoire, et n'y aurait-il pas là un argument contre l'irresponsabilité peut-être trop systématique dont on a coutume de couvrir ces malades ?

C'est une tendance aujourd'hui de plus en plus répandue de chercher chez le délinquant et le criminel les tares héréditaires constitutives qui, en diminuant le jeu de la résistance morale et du libre arbitre, atténuent et suppriment la responsabilité. Cette conception est peut-être juste en soi, elle s'accorde sans doute avec les progrès de la science psychiatrique, elle nous satisfait surtout, nous médecins, qu'on oppose constamment au ministère public, dans les affaires judiciaires ; mais il semblerait qu'elle ne sauvegarde pas toujours et qu'elle doive parfois compromettre les intérêts de la collectivité. C'est lorsque la société se sent débordée par le flot montant

du crime, qu'elle proclame le plus haut les spéculations humanitaires ; le geste est beau sans doute, n'est-il pas imprudent, si l'on ne songe à prévenir les abus qui ne manqueront pas de surgir? — Dans un organisme social, l'intérêt général a aussi le droit d'être défendu, malgré toutes considérations philosophiques, fussent-elles de l'ordre le plus élevé, dont l'application est destinée à le troubler ; d'aucuns même se sont demandés, si la recherche de la plus grande somme de justice n'est pas une utopie, en ce sens que la mise en pratique de l'application qu'elle comporte en est ou impossible ou dangereuse. N'est-ce pas le cas de certaines conceptions trop exclusives de la responsabilité ? — N'apparaît-il pas que c'est favoriser imprudemment l'extension de la criminalité, que de voir tant d'irresponsables parmi les coupables, et qu'il y a dans cette tendance une menace croissante pour notre régime social ? Et vraiment ne serait-il pas temps d'adopter un système de défense peut-être moins adéquat aux spéculations abstraites, mais plus efficace ? Entre l'asile et la prison, il y a place pour un organe intermédiaire.

Qu'arrive-t-il en effet ? — Que les morphinomanes délinquants, comme ceux dont nous avons retracé l'odyssée, sont déclarés irresponsables, qu'on les envoie dans un asile d'où ils sortent au bout d'un certain temps souvent fort court, n'étant pas délirants. C'est là toute la sanction de leurs méfaits, et ils le savent si bien qu'ils se font un jeu de recommencer à ce prix ; aussi, la plupart sont-ils de forcenés récidivistes, nous ne disons pas incorrigibles, puisque nous voudrions qu'on essayât contre eux une légère peine. En effet, quelle que soit la part que l'on fasse, chez ces individus, à la névropathie, à la prédisposition, dans quelle mesure pouvons-nous dire qu'ils ne sont pas susceptibles d'amélioration morale, qu'ils ne seront pas accessibles à la crainte du châtiment? Donc tous ces intoxiqués de luxe, comme nous appelons les alcooliques, les morphiniques, seraient à l'occasion internés dans un asile spécial (l'asile de buveurs tel qu'il est compris actuellement, mais non encore réalisé chez nous, leur conviendrait parfaitement), au sortir duquel, une fois guéris, ils seraient jugés et pourraient à l'occa-

sion être condamnés, en conséquence, à des peines effectives. sans l'excuse d'une inutile et dangereuse sentimentalité, car il n'y a pas dans ce problème que des questions individuelles, il y a toute une question sociale. et celles-là le cèdent à celle-ci.

On aura beau dire que ces malades agissent le plus souvent sous l'influence impérieuse et aveuglante de la soif morphinique, comme ils sont les seuls fauteurs d'un état qui les amène à ces excès, ils en doivent subir les conséquences. Ce principe admis, il n'en reste pas moins que la responsabilité comportera des degrés : ainsi parmi nos quatre morphinomanes, il est bien certain que N..., le propagateur imprudent ou conscient de son vice, assume une autre responsabilité que ceux dont ses invitations ont entraîné la chute ; mais même pour ceux-ci, qui ont subi l'influence du premier, qui ne sont coupables primitivement que de faiblesse, nous voudrions une responsabilité pénale positive de leurs actes ; qu'on l'atténue par rapport à celle de l'initiateur, ce peut être justice. mais, pour l'exemple,qu'on ne la supprime pas.

Dans le même ordre d'idées, une autre responsabilité pèse encore sur les personnes qui ont participé à la morphinisation de ces malades, sur le médecin qui, le premier, ayant traité légitimement N... parla morphine, lui a ensuite fourni les moyens d'en continuer l'usage, non motivé, en renouvelant les ordonnances au gré de ses sollicitations. La thérapeutique par la morphine est une méthode qui a ses indications et dont le médecin a le droit incontestable d'user sous le couvert de son diplôme, en principe sous sa responsabilité, pratiquement quelquefois aux risques et périls du patient. Or la morphine est une substance dangereuse, et le médecin n'est-il pas coupable s'il ne l'a pas employée avec la prudence nécesssaire, avec la circonspection que commande la connaissance de ses dangers ? Quant au malade, qui ignore, lui, ces dangers, et qui se réveille un jour avec un nouveau besoin, n'est-il pas recevable à poursuivre son médecin dans le cas où celui-ci ne s'en est pas tenu à la morphinisation thérapeutique et a pratiqué la morphinisation de complaisance qui a provoqué la morphinomanie ? Peut-être y serait-il admis s'il prouvait contre le

médecin la faute professionnelle qui, seule, peut engager la responsabilité. Et même dans le cas où serait faite la preuve de l'imprudence ou de l'ignorance, il semble qu'il y aurait lieu de tenir aussi compte d'un facteur dont l'importance est parfois, il est vrai, difficile à établir, quand elle ne nous échappe pas complètement, c'est l'état de prédisposition du sujet. Nombre d'auteurs admettent en effet qu'à la base de toutes les intoxications volontaires se retrouvent souvent le même état mental prédisposant, celui des héréditaires ; mais comme il arrive que cet état mental spécial reste silencieux plus ou moins longtemps, que l'hérédité elle-même reste cachée, alors la prédisposition n'a d'autre signe révélateur que la toxicomanie elle-même.

Comme on le voit, le problème se complique, mais, en définitive, la responsabilité médicale trouvera presque toujours des motifs d'atténuation et, de même que dans les diverses intoxications soit accidentelles, soit professionnelles, on tient compte de la susceptibilité individuelle, de même, il faut prévoir la susceptibilité à devenir morphinomane. Cette idiosyncrasie n'est pas dosable sans doute, mais l'argument tire toutefois quelque valeur de l'ignorance générale qu'il cache et dont le coupable doit bénéficier.

Par contre, comment juger la conduite de ce médecin qui, importuné par les visites trop fréquentes de Léopold N..., ne prenait plus la peine de le recevoir et lui faisait tenir par un domestique la prescription de morphine sollicitée ?

Enfin, dans cette recherche des responsabilités, en ce qui concerne le morphinisme, n'oublions point celle du pharmacien, qui reste entière et indiscutable, dès que celui-ci transgresse les règlements sur la vente des poisons et médicaments dangereux. Il est malheureusement constant et courant que certains se prêtent trop volontiers à ce commerce illicite ; combien y en a-t-il qui, non contents de vendre en fraude la morphine, font eux-mêmes les piqûres à leurs abonnés ?

Et que dire de cette anomalie qui laissse au droguiste toute facilité de vendre la morphine et autres poisons de luxe ou de crime, en dépit de réglementations insuffi-

santes et discrètes ! Comme nous l'avons dit déjà, il n'est pas plus difficile, question de prix réservée, de se procurer de la morphine que de l'alcool. Morphinisme et alcoolisme constituent deux dangers sociaux contre lesquels il serait temps de lutter autrement que par une guerre platonique.

CLINIQUE MENTALE

La phobie du regard ;

Par le prof. W. BECHTEREW.

Dernièrement, dans un travail intitulé : *La phobie du regard*, le Dr Hartenberg a décrit une forme pathologique d'une nouvelle phobie, celle du regard d'autrui ; son développement est basé sur la timidité innée.

L'état pathologique décrit par cet auteur n'est pas du tout nouveau dans la littérature scientifique, car je l'avais déjà décrit il y a quelques années ; néanmoins, l'auteur n'en dit pas un mot dans son travail.

En 1899, j'avais décrit un cas de *sourire imposé* (1), dans lequel la crainte du regard d'autrui s'est manifestée sous une forme bien vive (2). Voilà ce qui est dit dans les mémoires du malade sur cet état, mémoires que j'ai publiés : « Avant de quitter l'Académie ecclésiastique, j'ai commencé à m'occuper de ma santé et à lire quelques manuels sur ce sujet ; j'y ai appris que l'onaniste devient fou, avec le temps, à cause du caractère inné de ses traits d'âme (chez le prof. Tarnowky, comme je me rappelle) ; cette idée m'ayant fortement frappé, commençait à m'inquiéter et me revenait souvent à la tête.

« Avec mon entrée au service, ma timidité augmentait de plus en plus. Le désir de cacher mon état maladif et

(1) *Archiv. de Neurologie*, n° 105, 1904, p. 202.

(2) W. BECHTEREW. — *Revue de Psychiatrie*, 1899, p. 449 et *Neur. Centr.* 1900.

mon défaut physique et moral éveilla en moi la tendance à l'isolement et la crainte de manifester ce que je cachais si soigneusement des autres. Comme conséquence, une humeur sombre et abattue ne me quittait jamais. Ma timidité et ma crainte augmentèrent à tel point qu'il me fut impossible de *supporter le regard d'autrui* ; voilà pourquoi j'ai commencé à porter des lunettes noires. »

Dans l'ouvrage cité j'avais noté seulement le fait, indiqué l'histoire de la maladie, mais dans un autre ouvrage de 1900 dans la *Revue Russe de Psychiatrie, de Névrologie et de Psychologie expérimentale* (p. 491), dans un chapitre intitulé : *la phobie ou la crainte du regard d'autrui*, je me suis spécialement arrêté sur ces états et j'ai décrit dans trois cas nouveaux l'état nerveux pathologique spécial qui se distingue « d'une phobie du regard d'autrui toute spéciale, phobie qui se manifeste par l'impossibilité de supporter le regard d'autrui pendant un temps plus ou moins court et par la tendance d'éviter par tous les moyens ce regard ; si vous parlez avec ces malades-ci en les regardant en face, ils détournent aussitôt leurs regards ; si vous les regardez tout droit en face, ils baissent les yeux et ne se sentent pas à leur aise. » Ce qui caractérise cet état maladif, c'est que les malades le comprennent eux-mêmes très bien ; dans certains cas, les malades évitent le regard d'autrui parce qu'ils croient que leurs yeux manifestent leur état anormal et qu'on en peut juger d'après leur regard ; dans d'autres cas, les malades sentent, comme ils disent, une influence magnétique du regard d'autrui et c'est pour cela qu'ils l'évitent instinctivement.

J'avais aussi décrit cet état, en allemand, dans mon ouvrage intitulé : « *Die sehen Var fremdem Blicke* » (1). Depuis lors cet état indiqué avait été plusieurs fois le sujet de mes cours faits aux étudiants de l'Académie médicale de Saint-Pétersbourg ; de même je l'avais démontré aux médecins pendant le Congrès de Pirogoff, à Saint-Pétersbourg, le 6 janvier 1904, dans la section des maladies nerveuses et de psychiatrie (2). En général, après avoir

(1) *Centralblatt f. Nervenheilk u. psych.*, 1902, p. 160.

(2) Voir le compte rendu de cette section du Dr B. S. Greindenberg dans la *Revue russe de Psychiatrie*, 1904, n° 2, p. 147.

décrit mes premiers cas cités, j'avais maintes fois observé ces états maladifs, dans lesquels, comme dans ma première observation, la phobie du regard d'autrui se manifestait en combinaison avec d'autres états psychopathiques, par exemple : avec la phobie de rougir ou bien avec la difficulté psychopathique de miction ; dans tous les autres cas, la phobie du regard d'autrui s'observait dans sa forme simple, très pénible pour le malade ; parmi ces observations plus récentes, je ne citerai que celles qui ont été étudiées bien particulièrement. Tout d'abord, nous nous arrêterons sur un cas qui présente la combinaison de la phobie de rougir et celle du regard d'autrui :

« Alexandre Vrs., 21 ans, ancien élève de l'école réale. La grand'mère maternelle, paralysée pendant 8 ans, est morte à l'âge de 73 ans ; son père est mort d'apoplexie à 43 ans : la mère était exactement à ce temps enceinte de notre malade, et la mort du mari lui causa un grand chagrin ; avant cette grossesse, elle eut un avortement ; l'accouchement fut normal, sans intervention du forceps. Au début, l'enfant se développa tout normalement, physiquement et psychiquement ; il eut la coqueluche et la rougeole dans sa première enfance ; il eut mal à l'oreille droite pendant deux semaines après la rougeole, et ce mal fut accompagné d'un état fébrile. Point d'autres maladies somatiques à l'âge suivant : de l'âge de 4 à 10 ans, il fut craintif, facilement irritable et, comme fils unique, il paraît avoir été un peu gâté. A l'âge scolaire, il se distingua par un caractère faible et caché, quelque nonchalance ; il était peu entreprenant et peu sûr de lui-même. A l'âge de 14-15 ans, il commença à manifester un caractère rêveur et la tendance à l'isolement et il évitait toujours la société, par la suite du développement de la phobie de rougir. Les accès de cette maladie se développaient et devenaient graduellement plus forts, mais la mère chez laquelle le fils demeurait ne les considérait pas comme symptômes maladifs, car le fils lui expliqua que sa tendance à l'isolement et sa misanthropie, provenaient de la nécessité d'étudier soigneusement la chimie pour laquelle il manifesta une trop grande passion.

« Jusqu'à l'automne de 1900, il apprenait en général avec un succès médiocre et était un peu paresseux dans l'étude des branches scolaires ; déjà à ce temps-là, la mémoire prenait le dessus devant la volonté et l'esprit. En automne 1902, après avoir raté son examen, il avoua à sa mère qu'il souffrait de la phobie d'autrui et ne supportait pas le regard d'autrui, voilà déjà, depuis deux ans et demi. A cette époque il se manifesta chez lui un état hautement nerveux ; se croyant inguérissable il voulut se sui-

cider. Il se conduisait très bien à la maison et parmi ses proches connaissances, mais il devenait tout confus dès qu'il sortait dans la rue ; il *craignait de regarder aux yeux des gens* ; si quelqu'un jetait un regard sur lui, il se détournait tout embarrassé, il rougissait, toussait pour se donner du courage et à ce moment il haïssait tout le monde ; il lui semblait que tout le monde le regardait trop attentivement ; il supposait même qu'on le méprisait parce qu'il avait de tels yeux ; il concevait son état anormal et le fait que sa pensée s'occupait constamment de la même idée, l'idée du regard, le tourmentait beaucoup. Les conditions de la vie domestique de notre malade étaient toujours satisfaisantes et ne donnaient aucunes causes prédisposantes à la maladie citée. Le malade lui-même, parlant de son état maladif, dit ceci : « Physiquement je me sens tout à fait normal, ma maladie est basée sur la crainte de me montrer tel que je suis en réalité, voilà pourquoi j'ai le caractère méfiant ; voilà pourquoi en société je ne suis pas à mon aise, et je tâche d'éviter toute société. Auparavant, rien d'extraordinaire ne se passait en moi, et la société ne me gênait point ; ainsi c'était jusqu'à l'âge de 14 ans ; partant de cet âge, je commençais à rougir sans cause, si quelqu'un m'adressait par hasard la parole ; mais l'ébauche de la maladie existait en moi bien avant ; avec le temps cet état m'était devenu habituel et je rougissais même à l'approche des gens et très fortement, ce qui me rendait triste, car c'était très désagréable, d'autant plus que je ne pouvais d'aucune manière, vaincre ce sentiment ou bien m'abstraire l'idée de « rougir » ; je marchais tout courbé, sombre et je ne regardais personne hardiment en face. Tout cela dura à peu près cinq ans ; je n'y prêtais pas trop d'attention, car je croyais que cela ne pouvait pas empirer. Mais tout à coup, un beau jour, à l'école, je passais les yeux baissés près d'un groupe d'élèves, et *je me suis effrayé de leurs regards*, ce qui se manifesta dans mes yeux. *Depuis ce moment-là je ne pouvais plus supporter le regard des gens*. Je ne pouvais plus vaincre ce sentiment de crainte et je me détournais toujours des gens avec une expression de plus en plus sombre.

« Mais la maladie ne s'arrêta pas à ce point, elle subit encore une évolution; tout d'abord elle n'était pas trop perceptible pour l'entourage, mais depuis deux ans et demi, comme je m'en suis persuadé, elle augmenta à un tel point que je ne pouvais plus supporter le regard d'autrui d'aucun côté et la présence d'un étranger me faisait contracter convulsivement les yeux et influençait désagréablement tous mes mouvements, ce qui me faisait encore plus rechercher la solitude ; en outre, ces derniers temps ma maladie augmenta à un tel point, que les hommes, autour de moi, commencèrent à tousser et à cracher pour se défaire de moi, ce qui me tourmentait encore plus fortement. Maintenant je

me sens tout à fait brisé, puisque je me sens incapable de travailler, de m'adresser aux gens comme tout être normal. Il ne me reste que deux issues : ou bien d'être guéri complètement, ou bien devenir la victime de la mélancolie, et ceci dans le meilleur cas. Il me semble que la cause de ma maladie réside dans l'éducation solitaire et relâchée, dans l'ignorance du monde ; mais le fait reste le même, que dans un état pareil comme le mien la vie est impossible, car il m'en reste encore la plus grande partie et bon gré mal gré je serai obligé de me suicider. »

En automne 1902, le malade dont je viens d'exposer le récit, vint à ma consultation pour la première fois ; il fut hypnotisé par moi plusieurs fois, ce qui le soulagea temporairement.

Etat actuel. — Le malade est de taille moyenne, bien formé, de nutrition modérée, un peu pâle ; les mains et les pieds sont froids, humides et un peu bleuâtres ; on constate du dermographisme.

Le système osseux et musculaire est bien développé ; la taille correspond à l'âge.

Point de signes visibles d'une dégénérescence quelconque.

Rien de pathologique de la part des organes internes.

La pupille droite est un peu plus étroite que celle du côté gauche ; leur réaction et leur acuité visuelle sont normales. L'ouïe, le goût, l'odorat et toutes les formes de sensibilité cutanée sont sans changement. Néanmoins, on constate une légère sensibilité de la part de la colonne vertébrale, quand on percute la région thoracique. Les réflexes cutanés sont sans changement ; les réflexes tendineux et patellaires sont très forts ; celui du tendon d'Achille est d'une intensité moyenne ; les réflexes cubitaux de flexion et de déflexion du coude et ceux de l'omoplate et de l'épaule sont conservés ; celui des mâchoires a disparu. — Le malade se tient un peu courbé ; son regard est sombre, l'expression est morose, les gestes sont raides. L'innervation de la face est normale, mais la mimique est lente. On constate des contractions fibrillaires de la langue ; le malade vacille quand on le fait se tenir debout avec les yeux fermés ; sa conscience est claire, la conversation du malade est logique, successive ; le contenu de la conscience est bien varié ; on ne constate ni délire, ni hallucinations.

Le malade parle avec concision, mais son langage est saccadé ; il parle peu, tout en regardant de côté.

Le malade lui-même caractérise sa maladie ainsi : « La phobie du regard d'autrui n'apparaît qu'au moment où quelqu'un me jette un coup d'œil que je n'attendais pas ou lorsque je regarde quelqu'un. *Le regard d'autrui me fait une impression désagréable, qui provoque une forte contraction des paupières et des*

muscles du globe oculaire et des contractions convulsives ; mes yeux se troublent, ne réagissent plus, le regard erre d'une manière très désagréable, comme si je me forçais de fixer mon attention sur quelque chose ; mais sans pouvoir le faire parce qu'un sentiment désagréable m'accapare entièrement, ce qui provoque l'expression épouvantable de mon regard.

Il est probable qu'à ce moment j'ai l'air d'être très misérable. l'air pitoyable qui ne peut inspirer de l'estime à personne. *car je ne peux regarder droit et tranquillement dans les yeux d'autrui.* Un sentiment désagréable s'élève en moi, instinctivement : et une fois fixé, dans mon cerveau, il revient sans cesse chaque fois que je regarde les gens. Il se peut qu'en partie l'idée du sentiment désagréable ou son souvenir y joue un grand rôle.

Dans la Clinique, où le malade est entré en 1902, le 28 octobre, il évitait au commencement tout le monde ; puis il se familiarisa un peu tout en restant très accablé ; il se plaignait souvent que chacun, en le regardant, remarquait son visage épouvantable et ne lui portait aucune estime ; que même, on se débarrassait quelquefois de lui en crachant. Aux moments d'accablement, il disait souvent que si l'on crachait sur lui, il l'avait mérité.

Jusqu'à la fin de 1902, malgré les séances répétées d'hypnose et d'autres méthodes de traitement, -- les bains, les bromures, etc., l'état du malade resta sans changement.

Pendant la durée de 1903, la maladie marcha uniformément, le malade continua à éviter la société, à se cacher dans des coins, déjeuna et dîna isolé des autres, ne pouvait pas se trouver une occupation quelconque ; il lisait quelquefois, mais plus souvent il marchait avec le livre dans les mains en regardant timidement autour de lui. C'était difficile de le faire regarder le médecin en face : il devenait alors inquiet, oppressé par un sentiment pénible, il pâlissait ; ses pupilles s'élargissaient, et sa tête se détournait instinctivement. Le sentiment désagréable commençait dans le creux gastrique et était suivi par « des congestions dans le front ». En général, le malade expliquait son état d'âme d'une manière très indéterminée; il se plaignait quelquefois d'avoir mal à la tête, d'avoir des vertiges et d'être irrité par tout et par tout le monde ; il s'approchait du médecin d'une manière indécise en se cachant vers le mur, sans regarder dans les yeux, en reprenant courage. Si on le surprenait inopinément, il se sauvait en évitant d'entrer en conversation et de regarder dans les yeux.

Il s'accusait quelquefois que son regard provoquait la toux des autres, que cela lui était désagréable et obligeait l'entourage de l'éviter.

Quelquefois, à la sensation du regard d'autrui le malade éprouvait le sentiment « comme si quelqu'un de derrière l'étranglait ou le soutenait du bas en haut. » A l'hypnose, le malade ne se sou-

mettait pas toujours, quelquefois l'essai de l'hypnotisme l'excitait fortement et éveillait en lui une sensation désagréable, telle qu'on était obligé de renvoyer les séances pour un certain temps.

Pendant mes cours du 13 décembre, il expliqua qu'il ne pouvait s'occuper tranquillement que lorsqu'il était seul ; en présence des autres, il ne pouvait pas être tranquille, qu'il *attendait toujours l'arrivée du regard d'autrui et éprouvait par conséquent continuellement une sensation désagréable.*

En 1904, jusqu'au jour de son départ de la clinique, le 11 avril, on n'a pas constaté d'amélioration essentielle de la maladie, mais pourtant le malade pouvait supporter mieux le regard d'autrui. Les capacités intellectuelles n'avaient pas changé ; la phobie du regard d'autrui persistait toujours ; comme auparavant, pas de délire ni d'hallucinations. La conduite du malade était toujours tranquille et convenable, et si le regard d'autrui ne le troublait pas, il pouvait être considéré comme tout à fait bien portant. De temps en temps, le malade s'adressait au médecin, tout en regardant de côté ; on voyait que cela lui coûtait un effort, et on entendait la note du désespoir dans sa question : « Que faire ? il faut enfin entreprendre quelque chose. »

Il est resté tout ce temps bien portant physiquement, quoique un peu pâle.

Il quitta la clinique pour continuer le traitement à la campagne, où, grâce aux conditions de la vie champêtre, la société ne l'inquièterait pas.

Dans l'observation que nous venons de citer, nous avons un sujet d'une prédisposition névropathique très évidente, chez lequel, depuis l'âge de 14 à 15 ans, la phobie de rougir se développait successivement ; puis, à cette maladie, s'ajouta la phobie du regard d'autrui ; celle-ci augmentait toujours et rendit à la fin tout travail intellectuel à l'Université tout à fait impossible pour le malade ; elle devint une souffrance persistante et pénible qui ne l'abandonna pas pendant plusieurs années et qui créa un terrain propre à développer le délire de persécution ; il semblait au malade qu'on tousse et que l'on crache en le voyant ; mais le malade ne manifesta jamais des idées délirantes bien exprimées. Quant à la base psychologique de cette phobie du regard d'autrui de notre cas, il est évident qu'il s'agit visiblement d'un état imposé, importun, qui se traduit par ceci : quand on le regarde, le malade « est entièrement emparé d'un sentiment désagréable « ce qui ajoute » une expression épou-

vantable » à son regard, et il semble au malade que l'entourage remarque cette expression.

Un autre malade, un étudiant en médecine, âgé de 21 ans, présentait en même temps les phénomènes d'une miction psychopathique à un degré très marqué. Ces phénomènes, aussi bien que la crainte du regard d'autrui, avaient pour base une prédisposition psychopathique bien grave.

Le malade est de taille et de complexion moyennes. La miction psychopathique commença à l'âge de 12-13 ans. Au moment de l'observation, presque pas d'autres symptômes neurasthéniques, quoiqu'il eût auparavant des accès de mélancolie. Le malade ne peut pas supporter le regard d'autrui.

Dans l'obscurité, on ne remarque rien ; mais, à la lumière, le malade est aussitôt troublé, confus, il se détourne ; mais ceci ne dépend pas de l'humeur de la vie irrégulière du malade. Voici ce que raconte le malade lui-même de son état :

« Mon père est d'un embonpoint assez considérable avec une tendance assez nette à l'engraissement.

« Jusqu'à l'âge de 20 ans il souffrait de la scrofule qui lui a déformé complètement un sourcil. A l'âge avancé, il avait des varices. A l'âge de 63 ans il est mort d'un cancer de la langue.

« Il était d'un caractère emporté mais bon, communicatif et faible. Ma mère jouissait d'une bonne santé jusqu'à un âge avancé. Maintenant son organisme est ébranlé par une maladie de poitrine. J'ai 5 frères et 3 sœurs. L'un des frères, l'aîné, a eu la tuberculose, mais il est guéri après un certain temps ; après cette maladie il a été neurasthénique. Les autres frères et sœurs se portent tout à fait bien. Moi-même je suis né en 1882, j'ai eu la scarlatine dans l'enfance, ainsi que la rougeole et la scrofule qui n'ont laissé aucune trace. J'étais en général un enfant bien portant.

« A l'âge de 5 ans j'ai commencé à bégayer après avoir été fortement effrayé. Le bégaiement est resté jusqu'à présent. Ce défaut de langage se montre surtout quand je suis gêné et quelquefois augmente jusqu'à l'impossibilité d'un langage compréhensible. Ce sont surtout les syllabes « cr » et « pr » qui me sont difficiles à prononcer, et, en général, tous les mots avec la lettre « r ». Comme témoignage jusqu'à quel point la volonté me manque, pour la direction de mon langage, je puis indiquer le fait que la pensée seule de prononcer quelques phrases en présence de plusieurs personnes, cette pensée me fait trembler et me met dans un grand embarras. Dans les conditions ordinaires, le bégaiement n'est pas fort ; il est quelquefois difficile de le constater : souvent il est masqué par des gestes des mains et même du corps. En général, ma parole a un caractère anormal.

« Depuis l'âge de 12 ans je souffris de toute une série de maladies pulmonaires. Jusqu'à l'âge de 18 ans, j'avais chaque printemps et chaque automne, tantôt la pleurite, tantôt la pneumonie. Actuellement on constate dans ce domaine une grande et progressive amélioration.

« Le sentiment sexuel s'est développé très tôt à cause d'une éducation irrégulière.

« On m'a appris à pratiquer l'onanisme à l'âge de 13 ans, je l'ai pratiqué très fortement pendant deux ans, ensuite de plus en plus rarement, par intervalles, et enfin à l'âge de 18 ans cette habitude fut abandonnée complètement.

« Il y avait pourtant des cas uniques d'onanisme, mais actuellement il est complètement abandonné. Le sentiment sexuel est normal à présent, si l'on ne compte pas les accès violents d'aspiration sexuelle. Pendant ces accès, les testicules gonflent, le côté gauche du scrotum gonfle aussi (varicocèle). Le coït fait cesser ces accès.

« Une des anomalies désagréables dans la sphère sexuelle, c'est l'impossibilité de miction volontaire en présence de quelqu'un.

« L'impotence sexuelle s'observait dans le premier coït ; actuellement, le coït est normal. Une des anomalies physiques dans le système sexuel, c'est l'absence de proportionnalité du pénis par rapport aux testicules. Le pénis est plus grand que normalement. On constate un léger phimosis.

« Il y eut deux fois de l'uréthrite, la seconde fois elle devint chronique, et le traitement de l'uréthrite dure jusqu'à présent.

« Un autre état pathologique du système nerveux, c'est la faiblesse de la vue et la faiblesse des muscles des yeux à la lumière trop forte. On observe la chute des cheveux dans la partie antérieure de la tête ; cette alopécie a commencé à l'âge de 17 ans et progresse toujours.

« Du côté psychique, on peut remarquer ceci : l'amour du sombre et du mystérieux, la constance du caractère et la persévérance dans le travail, et à côté de cela l'indécision et la douceur.

« L'amour-propre va jusqu'à l'état maladif; la tendance vers l'isolement ; l'amour passionné pour le changement de place, de demeure ; l'amour pour les voyages de toutes sortes.

« Je ne peux pas déterminer exactement le commencement de ma maladie ; je peux seulement indiquer le fait suivant : lorsque j'étais dans la petite classe de l'école secondaire, c'est-à-dire à l'âge de 12-13 ans, j'avais déjà cette tendance d'éviter les autres pendant la miction ; je n'y attribuais aucune importance et surtout je ne savais pas à qui il fallait m'adresser pour un conseil, j'ai laissé cette habitude se développer à un tel point qu'au moment actuel, je ne pourrais pas me représenter comment je pourrais uriner en présence des autres ; lorsque les regards d'au-

trui sont fixés sur moi. Il faut dire que ces accès de miction retenue ont apparu avant la masturbation. Pour vous donner une idée bien nette de mon état psychique pendant ces accès, je vous indiquerai quelques cas.

« Quand je me promène avec mes proches connaissances ou avec mon frère, et si j'ai besoin d'uriner, la miction se fait normalement, mais je suis obligé de me détourner absolument.

« S'il y avait quelqu'un en avant et qu'il me regardât, je ne pouvais pas uriner. L'obscurité est toujours pour moi la condition la plus favorable pour la miction et *vice versâ*, une vive lumière la retient, dans un endroit public, par exemple au théâtre.

Lorsque je vois une foule d'hommes tout à fait inconnus, mais qui sont à côté de moi, je suis confus, et la rétention de la miction survient, quelque fort que soit le besoin d'uriner ; de pareils cas il y avait 18 et seulement dans un seul il n'y avait pas de rétention en présence du monde; dans un seul de ces cas il n'y avait pas de rétention. Quand j'entre dans le cabinet d'aisance ayant besoin d'uriner, il me devient impossible de le faire dès que j'entends les pas de quelqu'un s'approchant du cabinet *d'aisance*. Mais dès que les pas s'éloignent et que personne n'y entre, je commence tranquillement à uriner. S'il me faut uriner chez le médecin pour obtenir l'urine, je tends la musculature, je m'efforce d'uriner, mais c'est impossible.

Mes genoux commencent à trembler. L'idée de ce que le médecin en doit penser, et qu'il m'attend, cette idée augmente mon embarras, et la miction devient impossible. Si le médecin s'éloigne, je commence à uriner; il ne m'est arrivé qu'une seule fois que hors de toutes circonstances je ne pouvais pas uriner.

L'isolement complet, malgré tout l'embarras et l'inquiétude, suffit pour que la miction devienne possible.

Une analogie complète avec l'action d'uriner se présente dans la phobie du regard.

Quant au développement de cette maladie, on peut dire qu'elle survint à l'âge de 13-14 ans en même temps que la masturbation ; on peut même dire que l'*intensité de cette maladie était en rapport direct avec la masturbation* ; la première fut d'autant plus forte que la seconde fut pratiquée plus souvent et *vice versâ*.

Je me souviens que lorsque quelqu'un me regardait fixement il me semblait qu'il devinait ma vilaine habitude, et je me détournais tout confus et les larmes apparaissaient dans mes yeux. Ainsi je ne pouvais regarder quelqu'un fixement à la lumière claire du jour.

Maintenant, débarrassé de mon abominable habitude, qui est complètement abandonnée, j'ai quand même conservé la faiblesse des yeux jusqu'au moment actuel quoiqu'elle existe dans un degré plus faible. Il y a deux ans, lorsqu'il m'a fallu me

photographier, le photographe avait bien de la peine de le faire. Quand il me fallait être assis droit sous la lumière du jour, mon visage perdait son expression habituelle et se déformait à cause de la rétention des larmes qui m'étaient montées aux yeux. Ici il me faut noter le fait suivant : Quand je restais devant l'appareil, avant que le photographe s'y approche, mes yeux et mon visage étaient plus ou moins normaux ; mais dès que l'exposition commençait, je changeais de visage, les larmes se montraient dans mes yeux, et le visage fut déformé sur la carte photographique. S'il me fallait être photographié à l'heure actuelle, je suis sûr que le même fait se répéterait.

Il me faut encore ajouter qu'à la lumière du jour cette anomalie était plus frappante qu'à la lumière du soir ; quand les larmes apparaissent on peut diminuer et même arrêter leur écoulement par une pression sur la partie supérieure du front, on peut même empêcher cet écoulement. Après l'agitation, l'écoulement de larmes augmente considérablement. Il y a une différence dans la vue des deux yeux qui fait que l'œil gauche ne peut distinguer les détails d'un objet à n'importe quelle distance, par exemple : il voit les lignes, mais ne peut pas distinguer les lettres même les plus grandes.

L'examen objectif n'a montré aucuns changements spéciaux de la part des fonctions du système nerveux et des organes internes. La sensibilité et les organes du mouvement ne sont pas changés. Les réflexes patellaires sont normaux.

Le pouls et la respiration restent normaux. Ce qui est caractéristique dans ce cas, c'est que le malade note le lien intime entre la phobie du regard d'autrui avec l'onanisme : « plus la masturbation était fréquente plus la maladie était forte et *vice versa* ». Le malade explique, en outre ceci : « Lorsqu'on le regardait fixement, il lui semblait qu'on devinait son habitude, et tout confus il se détournait avec des larmes aux yeux ».

L'observation suivante de la crainte du regard d'autrui appartient aux cas plus nets que les précédents, plus caractéristiques pour ce genre de maladie.

La mère de la malade et les deux frères de son père sont morts de tuberculose ; pas d'autres indications sur l'hérédité défavorables. La malade était nerveuse depuis l'enfance. Elle a actuellement 26 ans. *Depuis l'année passée elle a commencé à souffrir de la phobie du regard d'autrui.* D'abord, elle s'imaginait

qu'on la tenait pour folle ; ensuite elle commença à croire qu'elle pouvait passer pour une femme de mauvaise conduite à cause de ses yeux. Elle s'adressa à moi et, me demandant conseil, elle me présenta une lettre dans laquelle je lus ce qui suit :

« Je me suis décidée d'écrire mon état, autrement je risque de ne rien dire. *Je suis atteinte de l'idée que je ne peux pas regarder aux yeux des gens, surtout des hommes, que j'ai alors une expression impure, et en réalité je sens qu'elle est telle lorsque je les regarde* dans la rue, dans le wagon, aux magasins, partout où je me trouve ; il me suffit de penser à mon regard et à mon expression, surtout lorsque cette pensée domine seule dans ma tête, et mon visage acquiert aussitôt en réalité cette expression impure ; je suis incapable de me distraire et de penser à autre chose, comme je le pouvais faire auparavant. Les gens convenables ont l'air de ne rien apercevoir et tâchent de ne pas me regarder ; d'autres continuent de me regarder comme on regarde les personnes perdues.... Si j'évite de rencontrer leurs regards mon visage devient craintif, les angles de la bouche s'élargissent et mes regards deviennent timides et rapides, par raison de vouloir me persuader que quelqu'un me regarde ; j'ai alors un tel visage que les gens qui me regardent, même en passant, fixent leur attention involontairement sur moi. Je n'ai plus de forces de supporter ces peines et si je ne me rétablis pas, je devrai mourir.

La maladie a commencé l'été passé ; mais au commencement elle n'avait pour objet qu'un seul homme ; en présence d'autres gens, elle n'apparaissait pas. Depuis l'automne jusqu'au mois d'avril, j'allais chaque jour en train de Saint-Pétersbourg à Péterhof pour donner des leçons ; il me fallait retourner par tramway de la gare Baltique au quartier Pesky ; le soir, le public dans ces tramway appartient à la classe la plus basse, et ces voyages ont aggravé mon état ; j'y ai rencontré des physionomies vraiment insolentes et impudentes, ce qui m'a affermi dans l'idée que je ressemble à une femme perdue. Dieu ! qu'est-ce que j'écris ! Seul, le papier peut supporter ce que j'écris, je n'aurais jamais la force de le dire. Je voulais m'adresser à un médecin, mais je ne pouvais pas me décider ; du reste, je croyais pouvoir me distraire en été et que tout passerait ; mais j'ai passé l'été dans des telles conditions, qui non seulement ne pouvaient me guérir, mais qui ont encore aggravé ma maladie. En même temps je devrais dire que je suis incapable de me distraire moi-même, mais quelque chose du monde extérieur, une conversation intéressante qui attire mon attention, qu'elle soit même peu intéressante pourvu que je puisse l'écouter, un paysage quelconque ou un tableau, tout cela peut me distraire et me faire oublier l'idée maladive ; et quand je reste à la maison toute seule, si je lis tran-

quillement et si ensuite, quittant le livre je me rappelle l'état qui me pèse, je me demande qu'est-ce qu'il se passe avec moi ! Quelle absurdité ! Il n'existe rien de tout cela ! bref, j'oublie ; mais il suffit d'entendre une voix dans la cuisine, même celle du portier et je change aussitôt de visage !

Je fréquente actuellement les cours de la Croix-Rouge, la deuxième année, c'est un cours pratique ; on a probablement commencé les études ces-jours-ci ; je dois y aller et je frémis de l'idée seule de me montrer avec une telle physionomie devant les médecins, les malades, surtout du sexe masculin, les camarades et les gens en général ; je tremble lorsque je pense à la nécessité de louer une chambre. Après mon retour de l'été j'ai passé 3 semaines et demi à la maison sans sortir ; j'attendais une sorte de miracle ; j'espérais guérir après avoir changé la chambre ; je croyais qu'avec le commencement des cours les études m'entraîneraient, me distrairaient et que tout cet état maladif passerait. Et pourtant j'y suis allée deux fois et j'en suis retournée toute brisée avec la forte décision d'attendre les premières gelées pour me refroidir et mourir.

Avant tout je devrais fuir le milieu qui m'entoure ; celui-ci est tel qu'un homme bien portant pourrait en devenir fou. Si je n'avais de forces pour continuer les cours et si je restais ici, étant obligée de vivre tout l'hiver, sans un être vivant, sans une pensée, sans occupation, toujours seule, car je vis avec ma nourrice et sa sœur, et personne ne vient chez nous, ce serait une vraie torture pour moi ! Quelle horreur de rester des semaines entières dans la chambre, craignant de sortir dans la rue, parce que tout le monde m'y connaît et de ne rien voir au-devant de moi, aucun but !

Il me faut que je puisse non seulement regarder en face tout le monde comme un mur, mais que l'idée même que je puisse les regarder autrement ne me vienne pas. C'est déjà bien avant que je me présentais toujours toutes sortes d'idées.

Une fois, quand j'étais encore élève à l'Institut, je me suis suggérée l'idée d'être coupable d'une faute dont on soupçonnait 70 personnes, je me tourmentais horriblement de ne pas avouer ma faute. Il s'agissait de la caricature d'une personne des autorités de l'Institut : au commencement, je ne savais pas même où et de quelle manière elle était dessinée, mais ayant appris les détails je me suis persuadée que c'était moi qui l'avais dessinée et je ne pouvais pas me calmer jusqu'au moment où l'élève coupable a fait son aveu.

Une autre fois, mes idées fixes se rapportaient à la religion et m'ont fait aussi bien de la peine.

Il y avait un temps où il me suffisait de penser que j'allais rougir, et je rougissais instantanément à chaque moment favorable ou défavorable. Il m'arrivait aussi que je rougissais chaque fois que

j'entrais dans la chambre ; cela dura, par intervalles, 4 ans ; pendant ce temps on avait changé chez nous trois fois les domestiques.

J'étais toujours d'un caractère soupçonneux et timide. Depuis ma sortie de l'Institut, ma vie était bien triste ; j'avais toujours des désagréments avec mon entourage ; je m'occupais beaucoup d'abord de musique ; ensuite je n'avais pas beaucoup d'occupations précises. Tout cela dérangea mon système nerveux ; j'avais mal au dos, à la tête ; des fleurs blanches et des vers intestinaux se montraient ; cela me tourmentait horriblement et je ne pouvais presque pas dormir. Par suite de ces tourments se montra un dérangement très fort du système nerveux, plus fort qu'auparavant et la destruction de l'hymen.

Les derniers deux ans, j'avais des spasmes de la glotte pendant lesquels la nourriture arrivait dans le nez, j'avais le hoquet, des douleurs de tête effroyables et la constipation. Le sommeil était parfait jusqu'au dernier temps ; physiquement je me sens presque toujours bien.

A propos de la sphère sexuelle la malade continue dans une autre lettre :

« Quand je me suis adressée pour la première fois aux médecins à cause de ma maladie, ils m'avaient fait me coucher et m'ont examinée ; ils m'ont conseillé de me laver avec du tannin et de faire chaque jour des lavements contre les vers intestinaux. Ces lavements, je ne les appliquai pas une seule fois ; mais malgré cela je me sentais mieux.

Dès l'automne l'état maladif recommença ; mais ma doctoresse était tombée malade elle-même, et je ne m'adressai pas aux autres médecins. Ainsi, trois ans se sont écoulés ; pendant ce temps j'avais de temps en temps de la démangeaison et des brûlures aux parties sexuelles mais la doctoresse me prévenait de ne pas me gratter autant que possible ; j'évitais tout frottement ; mais je ne peux pas garantir de ne pas l'avoir fait pendant la nuit. Le troisième hiver je me suis sentie de nouveau très mal ; je me fatiguais facilement, j'avais des ecchymoses sous les yeux, de fortes douleurs de tête et de très fortes constipations. En automne je me suis adressée à une autre doctoresse. Elle me faisait des cautérisations et me demanda en les faisant : étais-je fille ou femme je ne sais pas comment on s'en assure ; mais comme si cela ne lui suffisait, elle s'en assura.

Cet hiver, il m'arriva d'entendre ce que c'est l'onanisme et je sais ce qu'il est en traits généraux et je peux dire que je ne l'ai jamais pratiqué. Une étudiante en médecine me demanda une fois s'il ne m'arrive pas de me trouver dans un état dans lequel on sent

que tout brûle, le ventre, les mains, la poitrine, qu'on s'étouffe presque à ce moment et qu'on ne peut pas dormir cela signifierait qu'on a affaire à la base physique de la maladie ; mais rien de tout cela ne m'arrivait jamais, je dors comme un enfant et je ne vois point de rêves. Mais une fois quelque chose, se remua en moi et je pense qu'il vous faut le savoir et je raconterai jusqu'au bout, quoique je crains d'abuser de votre patience. L'été passé, encore avant que mon état maladif eût commencé, au mois de juin à 10 heures du soir, un honorable père de famille, dont la fille défunte serait à présent plus âgée que moi, m'accompagnait à la maison par un parc et me força de le prendre sous le bras. Après une courte conversation des choses ordinaires, il me demande tout d'un coup si je pouvais aimer un homme qui n'était pas libre et si je pouvais vivre avec lui. Je répondis que non pour telles et telles raisons. Il répliquait beaucoup sur ce sujet et dit ensuite : « Et si l'on vous répétait continuellement des paroles d'amour ? » (que c'est trivial, n'est-ce pas ?) Je lui répondis, en riant : Je dirais alors : « ne me tente pas sans nécessité ». (1) Il commença alors à chanter la romance de Faust, en se serrant contre moi tout le temps et en me regardant dans les yeux ; je voyais qu'il se passait quelque chose d'extraordinaire en lui, et quelque chose se remua en moi ; je quittais aussitôt sa main ayant l'air de cueillir une fleur et ainsi nous arrivâmes jusqu'à ma maison, où il s'éloigna. Rien de semblable ne se répéta avec moi ni avant, ni après. Cet homme connaissait mon père, je pourrais passer pour sa fille ; je lui ai demandé s'il pouvait dire de telles choses à sa fille âgée de 22 ans, et pourquoi me parle-t-il de cela : Il me connaissait donc presque depuis ma cinquième année. »

Il faut encore compléter ces faits cités par la malade par ceci que l'état pénible dans lequel elle se trouve disparaît dans l'obscurité. De même elle se trouve particulièrement à son aise lorsque les autres sont occupés d'une conversation et lorsqu'elle est sûre qu'on ne la regarde pas et qu'en général on ne fait pas attention à elle. Si la malade elle-même est absorbée par quelque chose elle peut même regarder dans les yeux d'autrui, ce qui lui est impossible dans d'autres circonstances.

L'examen de l'activité cardiaque ne dénote rien d'anormal. Les réflexes patellaires sont un peu exagérés. Pour le reste, rien de pathologique. Quant à la nature psychologique de la phobie dn regard d'autrui, il faut remarquer dans ce cas, ceci, que malgré que les commencements de la maladie existaient bien avant, il est certain que ce dernier incident que la malade nous raconte dans sa note avait joué un certain rôle dans son état maladif, et il est probable qu'à cause de cet incident s'est formée chez la malade

(1) Mots d'une romance russe.

l'idée et la sensation d'avoir l'expression impure dans ses yeux lorsqu'on la regarde.

Notons ensuite un cas de phobie du regard d'autrui, qui existait chez un malade pendant un certain temps et qui a disparu ensuite.

Le malade S., âgé de 31 ans ; marié il y a trois mois et demi ; son père et sa mère sont morts depuis longtemps de causes inconnues ; son père se distinguait par une grande nervosité et il buvait. Ses sœurs étaient anémiques et nerveuses. Le malade lui-même se distinguait depuis longtemps par sa nervosité qui augmenta encore par la syphilis acquise il y a neuf ans.

Il y a 12 ans que le malade commença à boire spécialement de la bière ; il buvait 5 bouteilles par jour; pendant les grandes débauches cela allait jusqu'à 20 bouteilles. Depuis deux ans, l'ivrognerie est abandonnée et actuellement le malade mène une vie tout à fait sobre. Un certain temps, il y a 12 ans, le malade pratiqua la masturbation, mais pas longtemps, pas plus qu'un an ; après il passa aux fonctions sexuelles normales.

Bientôt, après avoir contracté la syphilis, il y a 6 ans, le malade manifesta de l'impotence sexuelle qui augmentait successivement avec le temps. La phobie du regard apparut depuis la masturbation, et cette phobie augmenta encore plus avec l'impotence sexuelle. *Le malade éprouvait un malaise extraordinaire quand on le regardait.* Il ne peut pas rendre compte bien nettement de la cause de ce malaise, mais il suppose *que le regard d'autrui agissait sur lui sans intermédiaire par lui-même quoique il lui semblait en même temps qu'on pouvait apprendre et reconnaître son impotence à ses yeux* ; voilà pourquoi il éprouvait cet état pénible aux regards d'autrui surtout après des débauches accompagnées de rapports sexuels peu réussis ; ce tourment augmentait encore en présence des dames. La moindre allusion à ce qu'on le regarde provoquait en lui un sentiment général de malaise, des battements du cœur, le sentiment de chaleur dans le visage et de congestion, l'affluence de sang vers la tête. Dans la solitude le malade se sentait bien. Tout cela le força de guérir instamment l'impotence sexuelle, et celle-ci, grâce au traitement, commençait à diminuer successivement, et il y a trois mois et demi que le malade put se marier conformément à la permission de ses médecins. Avec la cessation de l'impotence sexuelle la phobie du regard, elle aussi, commença à passer, et ne se manifeste plus depuis un an et demi. Le malade est de taille moyenne, de constitution modérée, de nutrition suffisante ; point d'écarts essentiels

au point de vue physique si on n'y compte pas les conséquences ordinaire des excès alcooliques.

Dans ce cas-ci le lien entre la phobie du regard d'autrui et la lésion dans la fonction sexuelle est tout à fait évident, mais cette phobie avait pour base, à part l'influence immédiate c'est-à-dire irresponsable du regard d'autrui la supposition vague qu'on pouvait découvrir d'après ses yeux les défauts de sa sphère sexuelle.

Pour compléter encore les cas cités, je peux noter une description très nette et caractéristique de l'état subjectif d'une malade qui souffrait de la crainte de la phobie du regard d'autrui ; j'extrais cette description d'une lettre qui me fut adressée par une personne de Hongrie bientôt après la publication de mon premier travail sur la phobie du regard écrite en allemand,

« Dans un journal de Budapest, a paru aujourd'hui un article sur votre travail de la phobie du regard d'autrui. Ces lignes m'ont tellement électrisée que je me suis décidée de m'adresser à vous par écrit de ce pays lointain.

Avant toute introduction je vous demande pardon de mon audace, mais j'espère trouver ainsi la route pour sortir de l'état terrible dans lequel je me trouve.

Vous devinez, professeur, que je représente un de ces êtres malheureux dont vous parlez dans votre description.

Je me retrouve moi dans chacun de vos mots comme si vous aviez lu tous ces tourments dans mon cœur et dans mon âme. Mais votre description ne me donne pas la solution du problème, si l'on peut guérir cet état pénible qui empoisonne toute la vie, ou bien si l'on ne le peut pas. C'est justement cette question vitale qui est la plus importante pour moi par rapport à cette forme maladive mystérieuse et psychologique, qui a atteint le plus haut degré chez moi.

Je suis tout à fait saine de corps ; mon extérieur est si florissant que malgré mes 34 ans on me donne 10 ans de moins ; et malgré tout cela je suis tellement malade d'âme que je sens le dégoût de la vie depuis beaucoup d'années.

Je pourrais m'écrier avec Cassandre : « Moi seule, le cœur triste, « je dois regarder comme tout le monde jouit de la vie, se fréquente « et comme vivant en société, les gens passent heureusement la vie: « moi seule je dois m'affliger dans la solitude. »

Avec une sensation d'un fort battement de cœur et avec peur, j'évite, par tous les moyens, qu'on m'adresse la parole, j'évite toute rencontre avec des personnes étrangères, pour éviter le danger de

me montrer ridicule par ce clignotement bizarre et confus des paupières et de l'état qui l'accompagne, état pendant lequel la rougeur pareille à la chaleur ardente s'imprime sur mon visage, et la souffrance qui en est provoquée m'enlève toute possibilité de donner une réponse quelconque. Tout mon système nerveux vibre et m'expose à ce moment à une souffrance inéluctable.

Lorsque cette torture mystérieuse passe, les heures tristes surviennent qui me rendent malheureuse d'une manière inexprimable. Ceci explique le souci pénible avec lequel j'évite toute rencontre et toute conversation et c'est pour cet éloignement de la société, que je provoque moi-même, à mon grand regret, que ma vie passe d'une manière si tragique.

Physiquement, je suis tout à fait bien ; je n'avais jamais de maladies sérieuses J'étais toujours une fillette gaie, mais déjà dans l'adolescence de légers symptômes de cette souffrance toujours croissante commencèrent, à se manifester et ont augmenté depuis peu à peu. J'ai eu 6 enfants. Les professeurs m'ont soumise à l'électrisation et au magnétisme ; mais la première expérience provoqua de forts accès convulsifs de rire et de pleurs auquels je n'étais pas sujette auparavant.

Les remèdes seraient pour moi superflus et inutiles car je le répète, physiquement je suis tout à fait saine. Bien honorable professeur, je vous supplie de me donner vos conseils et du secours. Dieu vous en bénira. Veuillez me rendre heureuse par votre réponse. Peut-être qu'il y a des moyens qui procurent un soulagement. Je vous serai éternellement reconnaissante, avec parfaite estime, etc.»

La description citée démontre l'état tragique dans lequel se trouvent ces malades qui souffrent de la phobie du regard d'autrui et je ne crois pas qu'on puisse ajouter encore quelque chose à la description de cet état d'âme pénible que ces malades éprouvent à la rencontre avec d'autres personnes.

Il n'y a pas de raison d'insister sur le fait (1) que ces phobiques se font reconnaître facilement malgré eux, car souvent ils cachent leurs yeux sous des lunettes sombres ; dans le cas contraire, on peut remarquer en leur parlant que leur regard évite la rencontre avec le nôtre.

Quant à la base psychologique de la phobie du regard d'autrui elle réside, comme je l'ai démontré dans ce

(1) Bechterew. — *Revue de psychiatrie*, 1900, page 497 (en russe) *Centr. f. psych.*, 1902.

même article, dans certains cas dans la supposition des malades qu'on peut reconnaître leur état normal d'après l'aspect de leurs yeux, d'après leur regard même. Dans d'autres cas, elle réside dans le préjugé très répandu de la possibilité d'une influence magnétique de certaines personnes, sur les autres ; ce préjugé est fondé en partie sur la superstition de ce qui s'appelle « le sort » ou mauvais œil et de « l'ensorcellement de ce regard.

Il s'y agit d'une crainte irresponsable ou « instinctive », comme le disent les malades, devant le regard d'autrui ; nous le trouvons dans le cas du premier malade qui détermine son état maladif par les mots suivants : « Le sentiment désagréable à la rencontre des regards est provoqué comme si instinctivement et une fois tracé dans mon cerveau, il réapparaît toujours pendant que je regarde les gens. Peut-être la pensée de ce sentiment désagréable ou le souvenir de celui-ci joue-t-il un certain rôle. Ainsi, dans l'état maladif que j'ai décrit ci-dessus, il s'agit du développement imposé et ennuyeux d'un état affectif de confusion et de crainte lorsque les autres personnes regardent les malades droit aux yeux et cet état affectif apparaît ou bien immédiatement après le regard d'autrui aux yeux du malade ou probablement beaucoup plus souvent, à cause de l'excitation de l'idée imposée qui consiste en ceci : le malade craint qu'on reconnaisse d'après ses yeux son état anormal (l'onanisme, l'expression impure, etc.). Il faut remarquer qu'il y a dans ce cas une certaine analogie entre l'état maladif que j'avais décrit (1) et la crainte « de rougir », décrite simultanément par Pitres et Régis (2) ; celle-ci apparaît dans certains cas comme résultat d'un état affectif primitif ; dans d'autres cas, elle suit immédiatement l'idée imposée. Il est à remarquer que le regard d'autrui provoque chez ces malades des sensations spéciales très désagréables dans le domaine orbitaire et oculaire ; par exemple, le premier de ces malades en décrivant son état dit : « Le regard d'autrui provoque en moi une sensation désagréable qui apparaît dans une contraction très forte et

(1) W. Bechtérew. — *Revue de psych.*, 1896, *Neür. Centr.*, 1897.

(2) *Congrès des aliénistes et neurologistes français* X[e], 1896 ; *Archiv. de Neur.*, 1897.

irrésistible des paupières et des muscles du globe oculaire et des convulsions de celui-ci ; les yeux deviennent troubles, n'aperçoivent rien, le regard erre d'une manière désagréable ; on essaie de fixer son attention sur quelque chose, mais c'est impossible à cause du sentiment désagréable qui s'empare de l'âme et qui donne au regard une expression effroyable ».

Dans le second cas le malade éprouvait du larmoiement au regard d'autrui ; dans le 3e cas, la malade « éprouvait » le sentiment d'une expression impure de son visage ; dans le 4e cas le malade parle dans sa lettre d'un clignotement très fort des paupières, En outre, en rencontrant le regard d'autrui, certains malades deviennent timides et confus, ce qui les rend agités, les oblige de baisser les yeux, et provoque chez eux toute une série de symptômes nerveux : la respiration gênée, le battement de cœur, la pâleur ou la rougeur du visage, une transpiration de tout le corps, le tremblement dans les extrémités, l'entrave de leurs pensées ; il faut aussi rappeler le fait que les malades de ce genre se trouvent mieux à la lumière faible qu'à l'éclairage plus fort ; ils se sentent également mieux quand l'entourage est engagé dans une conversation, et qu'ils sont sûrs qu'on ne fait pas attention à eux. On n'a pas besoin d'ajouter que l'isolement garantit mieux leur tranquillité d'âme.

Il va sans dire que l'état décrit est très pénible pour les malades, comme on le voit dans les descriptions de cet état par les malades eux-mêmes, en les privant presque absolument de toute société, les exposant à un isolement pénible.

La plupart des cas de phobie du regard que j'ai observés se sont développés sur la base d'une hérédité chargée. Il représente ainsi un état qui se développait sur le terrain de la dégénérescence.

Parmi les causes déterminantes il faut en noter plusieurs, mais l'onanisme joue probablement un grand rôle au moins dans certains cas, Il faut encore noter ceci : 1° La crainte du regard d'autrui peut se combiner avec la crainte de rougir, comme cela s'observait dans notre premier cas ; 2° La phobie du regard d'autrui peut se combiner avec la difficulté psychopathique de

miction par exemple, dans notre deuxième cas pour laquelle j'avais consacré un travail spécial (1), et avec le sourire imposé, que j'avais décrit en 1899 dans la *Revue de Psychiatrie* (2), où j'avais décrit une observation correspondante. Mais dans certains cas, la phobie du regard d'autrui apparaît dans une forme plus ou moins pure sans combinaison avec d'autres états pathologiques et elle présente alors une forme spéciale de la crainte pathologique.

Quant au traitement, je dois dire que dans tous mes cas observés le traitement général fut très utile, ainsi que les moyens du traitement général qui contribuent à calmer le système nerveux, les bains, les douches, les bromures avec des toniques cardiaques et de la codéine, dans la forme de mélange que j'avais indiquée (3) et un traitement correspondant par l'hypnotisme. Guidé par l'expérience je dois dire que ce dernier moyen doit être recommandé dans tous les cas de phobie du regard d'autrui, mais toujours combiné avec le traitement somatique et hydrothérapeutique.

ASILES D'ALIÉNÉS

Sur le personnel médical dans les asiles publics d'aliénés ;

Par le Dr Lucien LAGRIFFE,

Ancien chef de clinique à la Faculté, médecin des Asiles publics d'aliénés.

Le malaise croissant qui s'étend depuis nombre d'années sur le personnel médical des asiles publics d'aliénés est dû, pour une très large part, à ce fait que des règle-

(1) W. Bechterew. — *De la difficulté psychopathique spéciale de la miction.* (*Revue de Psych.*, 1897. *Neur. Centralbl.*, 1898. « Les observations névropathologiques et psychiatriques de Saint-Pétersbourg. 1900, page 195.

(2) W. Bechterew. — *Du sourire imposé.* (*Revue de Psychiatrie*, juin 1899. *Neur. Centr.* 1899.)

(3) Ce mélange fut d'abord recommandé par moi, pour le traitement de l'épilepsie (Voir W. Bechterew *Messager de Neurol.* 1893. *Neurol. Central* 1894 ; voir aussi la *Revue de Psych.*, 1897 et *Neurol. Centtral.* 1898 ; ensuite je me suis persuadé que cette combinaison est un très bon moyen contre les différents états nerveux, surtout neurasthéniques.

ments qui se trouvent être anciens sont appliqués à un personnel dont le dernier mode de recrutement est de date assez récente ; il est dû aussi à ceci, que les conditions scientifiques sont devenues autres que ce qu'elles étaient en 1839 et en 1857.

Je dis les « conditions » et je ne dis pas les « besoins », parce que j'estime à ce point de vue que les désirs et les tendances des vieux maîtres qui nous précédèrent furent au moins aussi élevés que les nôtres et parce que je sais qu'il serait injuste, en oubliant qu'ils furent de merveilleux organisateurs, de les rejeter systématiquement dans l'ombre des autrefois.

A l'époque où furent élaborés les lois, décrets et règlements qui définissent notre situation, le nombre des asiles était moins grand, le nombre des aliénés l'était beaucoup moins aussi pour des raisons que nous n'avons pas à examiner ici et qui tiennent à des causes multiples.

En deuxième lieu, l'organisation des asiles était encore dans sa période d'essai ; cette organisation avait nécessité la mise au jour et l'adoption d'un certain nombre de mesures qui à tous paraissaient, à juste raison, être très délicates, puisqu'elles étaient de nature à associer, pour un but tendant à restreindre dans certains cas l'exercice de la liberté individuelle, les décisions du personnel administratif et du personnel médical.

On avait alors tous les droits de chercher à se prémunir contre la possibilité d'excès et contre la malveillance en s'entourant de toute la série des garanties avec lesquelles on doit, dans les innovations, armer le public contre les pouvoirs nouveaux.

Aujourd'hui, l'expérience est suffisamment ancienne, elle a donné des résultats qui sont tout à l'honneur du corps médical, nous devons le reconnaître entre nous, et après tant d'autres, nous croyons le moment venu de coordonner tous les résultats pour tâcher d'obtenir un ordre de choses mieux adapté aux besoins présents.

Mais nous ne croyons pas, pour le moment du moins, que cela nécessite une réorganisation générale du service des aliénés, mais simplement le changement d'une formule. D'autant que le point de vue auquel nous nous plaçons est purement médical, qu'il n'a par conséquent rien

à voir avec la loi du 30 juin 1838 ; nous voulons simplement examiner un moyen de traiter les aliénés d'une manière plus heureuse en conservant une organisation qui a fait ses preuves, qui donne beaucoup de ce qu'elle peut donner, qui pourrait donner plus encore, parce que nous ne pouvons avoir la prétention de faire mieux que n'ont fait et que ne font nos maîtres et ceux qui sont plus anciens que nous dans la carrière.

Les faits dont nous nous préoccupons sont pour ainsi dire à l'ordre du jour, ils tiennent entièrement dans cette question qui fut posée au cours d'une des dernières réunions du conseil supérieur de l'Assistance publique : *combien d'aliénés un médecin d'asile doit-il soigner* ? M. le Dr Bourneville, dont nous connaissons tous le dévouement à la cause des pauvres, a eu l'heureuse inspiration de consulter chacun d'entre nous sur ce point, il a pour ainsi dire ouvert les *Archives de Neurologie* à ceux dont la réponse pourrait être un peu longue ; de cela, nous devons, en notre nom et au nom de nos malades, lui être très reconnaissants, parce qu'il nous fournit le moyen de dire des choses précises et de les expliquer.

La formule dont nous demandons le changement est celle de *médecin adjoint* ; si, en effet, nous examinons ce que demandent tous nos collègues, nous nous trouvons en présence de vœux qui tendent à la suppression de cette formule. Elle est l'expression de l'obligation d'une sorte de stage, de tutelle, devenant, par suite de conditions extra-scientifiques et extra-professionnelles, de plus en plus longs, alors qu'ils nous paraissent cependant devenir de plus en plus inutiles.

Avec l'organisation ancienne, un stage pouvait paraître raisonnable, parce que jusqu'en 1888 le recrutement des médecins d'asiles se faisait au choix. Non pas que ces choix fussent détestables, ils ne le furent jamais, mais ils auraient pu l'être et ils ne purent bien souvent porter sur les mérites professionnels de la spécialité. Il était donc nécessaire, avant de pourvoir telle ou telle personnalité d'un service autonome, que l'administration eût le loisir de reconnaître et d'apprécier les aptitudes respectives de chacun ; ce qui ne pouvait être établi que par un stage et une tutelle.

C'est assurément en vue de faciliter cette appréciation que la commission spéciale et le comité des inspecteurs généraux ont émis des vœux qui eurent pour résultat l'institution du concours, par région, de 1888. Mais encore pouvait-on reprocher à ce mode de recrutement des différences trop grandes dans la valeur des sujets recrutés dans des centres divers, et l'arrêté ministériel de 1902 a pu faire justice de cette dernière objection.

Aujourd'hui, nous nous trouvons donc en présence d'un cadre de médecins-adjoints ayant tous subi des épreuves uniques et spéciales, analogues à celles que déterminent le recrutement des médecins des hôpitaux, médecins-adjoints qui tous ont fait la preuve de leurs connaissances en médecine mentale et qui tous ont fait, antérieurement au concours, un stage soit comme internes d'asiles, soit comme internes des hôpitaux ou chefs de clinique. Enfin, ces médecins-adjoints sont âgés, tous ont plus de 25 ans ; et si l'arrêté ministériel fixant les conditions du concours n'a exigé d'eux qu'un stage d'un an, en réalité, leur stage a toujours été, en fait, d'au moins trois ans.

Or, à ces mêmes médecins-adjoints, les vieux règlements en vigueur vont imposer un nouveau stage que des conditions, que je qualifie à nouveau d'extra-professionnelles, portent aujourd'hui à près de 10 ans, alors que, avec un recrutement sans concours, les plus anciens médecins chefs ou directeurs existant encore pour longtemps dans notre personnel, n'ont fait qu'un stage variant de 0 à 4 ans, le plus grand nombre ayant été promu au bout de 3 ans.

De quelle nature est la tutelle dont nous parlons ici ? Nous croyons inutile de le redire encore ici après le long article de notre collègue le docteur Coulonjou (voir *Archives de Neurologie*, n° de février 1905 : « Personnel médical des asiles d'aliénés », p. 110). Il nous suffira de dire que la situation n'est pas autant précaire pour un certain nombre d'entre nous et qu'assez nombreux sans doute sont ceux qui ont eu la bonne fortune de rencontrer des chefs qui veulent bien les associer dans une très large mesure à leurs travaux et à leur labeur administratif.

Mais encore un coup, ces médecins en chef ou directeurs n'agissent de telle manière que parce qu'ils le veu-

lent bien et de plus ne peuvent-ils le faire que d'une façon tout officieuse et avec toutes sortes de réticences.

Lorsque la question posée au Conseil supérieur de l'Assistance publique se présente, la majorité des non-initiés fait le raisonnement suivant : tel asile possédant 500 malades a comme personnel un médecin en chef ou directeur et un médecin-adjoint, total deux médecins pour 500 malades, soit 250 malades pour un médecin. Nous qui sommes au courant, nous savons qu'il n'en est rien, et nous disons que 500 malades pour un médecin en chef ou directeur et un médecin-adjoint font 500 malades pour un médecin : et avec l'organisation actuelle on aura beau multiplier le nombre de ces médecins-adjoints, le personnel médical se résumera toujours en un seul médecin qui est le médecin en chef ou directeur. C'est peut-être là qu'il faut chercher le pourquoi de la disparition complète des médecins-adjoints dans les asiles plus fortunés de la Seine ; il est bien probable que c'est en effet parce que la direction des aliénés a reconnu l'inutilité absolue de ce rouage qu'elle l'a supprimé en augmentant le nombre des médecins en chef.

Faut-il, ou du moins faudrait-il, en arriver là pour les asiles de province ? Ici la question se double d'un intérêt financier, parce que si l'on conserve la réglementation actuelle, une telle mesure entraînerait un surcroît de dépenses de nature à grever assez lourdement le budget de certains Asiles. On peut, au contraire, concevoir une réforme qui ne grèverait en aucune sorte le patrimoine de l'Assistance aux aliénés et serait de nature à concilier tous les intérêts.

Pour ce faire, examinons la réglementation existante.

La situation des médecins-adjoints est déterminée par l'ordonnance du 18 décembre 1839 et par l'arrêté du 20 mars 1857. En effet, l'article 9 de l'ordonnance de 1839 dit :

« Le médecin en chef....... délivrera tous certificats relatifs à ses fonctions ».

« Les certificats ne pourront être délivrés par le médecin-adjoint qu'en cas d'empêchement constaté du médecin en chef. »

En théorie, l'ordonnance de 1839 a seule un caractère de

généralité, car l'arrêté du 20 mars 1857 eut surtout pour objectif de fournir aux asiles d'aliénés existant à cette époque un type de règlement intérieur. Mais, en réalité, ce règlement a fini par acquérir force de loi dans presque tous les asiles, croyons-nous.

D'ailleurs un assez grand nombre d'articles de ce règlement répète simplement les instructions contenues dans l'ordonnance de 1839. Aussi retrouvons-nous à l'article 58 (Section IX, médecin en chef) les dispositions de l'article 9 de l'ordonnance de 1839 :

« ....

« Pour la délivrance des certificats........ il (le médecin en chef) ne peut être suppléé par le médecin-adjoint que dans les cas d'absence autorisée ou d'empêchement constaté ».

Les articles suivants ont pour but d'imposer au médecin en chef toute une besogne que, malgré toute sa bonne volonté, il ne peut dans l'asile moyen de 500 malades effectuer d'une manière bien parfaite :

Art. 59. — Il règle le mode de placement, de surveillance et de traitement des aliénés..........

Art. 60. — Il visite chaque jour les aliénés de toutes classes et de toutes catégories (500 ! !). Il est accompagné dans cette visite .... par le médecin-adjoint............

Il nous a toujours paru à tous qu'une telle manière de faire consacrait un double emploi ; qu'au lieu d'obliger le médecin en chef ou directeur à visiter tous les jours tous les aliénés de son asile, ce qui est matériellement impossible en fait ou qui, du moins, ne peut être exécuté que d'une manière toute rudimentaire, il serait beaucoup plus logique de permettre au médecin en chef de diviser son service médical en deux parties et de réserver une de ces parties à l'activité jusqu'ici inoccupée de son médecin-adjoint. C'est à ce prix-là seulement que les aliénés pourront être visités et soignés convenablement chaque jour.

Mais comme l'ordonnance de 1839 et l'arrêté de 1857 s'appliquent indistinctement aux asiles privés et que, dans ces derniers, le recrutement du personnel médical présente des garanties que l'administration peut regarder

comme insuffisantes, nous croyons prudent de ne pas demander que le mot de médecin-adjoint soit supprimé. Mais il serait possible de trouver une dénomination permettant de conserver les anciens textes, d'appeler tous les médecins des asiles publics : « médecins des asiles » ou « médecins en chef » et, si l'on veut néanmoins conserver un semblant de stage, réserver le titre de « médecin-adjoint » à ceux qui actuellement font partie de la deuxième classe du grade ; ceci organiserait un stage régulier et uniforme de deux années, permettant aux médecins qui ne sont pas issus directement des asiles, parce qu'ils sortent des hôpitaux ou du clinicat, de prendre connaissance du mode de fonctionnement des maisons départementales.

Mais encore ce stage pourrait-il être considéré comme trop long ou comme inutile ; il n'existe pas dans les hôpitaux et l'on peut avec juste raison se demander ce qu'il vient faire dans les asiles. Aussi ne le proposerions-nous qu'à la rigueur, pour ménager une transition, parce que nous n'ignorons pas qu'il y a des gens que les réformes radicales effrayent, même lorsque ces réformes ont tous les caractères de la chose juste et raisonnable.

En résumé, tout ceci revient à dispenser le médecin en chef ou directeur de voir personnellement tous les aliénés tous les jours, ce qui est une garantie illusoire ; à lui permettre aussi de se décharger, pour le plus grand bien des malades, d'une partie de sa tâche sur un auxiliaire que la loi lui donne et dont elle lui enlève les moyens de se servir. En deuxième lieu, ceci revient à accorder au médecin-adjoint la signature, et lui permettre de signer les certificats de vingt-quatre heures, de quinzaine et de situation pour les malades qui se trouvent dans le service dont l'aura chargé le médecin en chef ou directeur, sans qu'il soit nécessaire, comme en ce moment, dans beaucoup de départements, d'un arrêté préfectoral lui concédant ce droit.

Il serait nécessaire, si ces nouvelles mesures étaient admises, qu'elles fussent bien précisées par des textes afin qu'il y ait unité d'application dans toutes les maisons d'aliénés. Les décrets et règlements actuels, la loi même de 1838, ne nous paraissent pas appliqués suivant les mêmes règles dans tous les départements ; nous

croyons qu'il serait bon que cela fût évité dans l'avenir, ce qui ne peut être qu'avec des textes précis.

Qu'il nous soit permis de rappeler que c'est à la suite de l'active propagande que nous avons faite que : 1° le *concours pour les places de médecin en chef* des quartiers d'hospice de *Bicêtre* et de la *Salpêtrière* fut rétabli (1879) ; — 2° qu'il fut appliqué aux *médecins suppléants* créés sur notre proposition ; — 3° que le *concours des internes* fut institué (1880) et qu'enfin fut organisé, en 1888, le *concours pour les places des médecins-adjoints* de tous les asiles publics d'aliénés.

BOURNEVILLE.

REVUE D'ANATOMIE ET DE PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUES

I. — **Névraxologie et névraxopathologie** ; par le Dr HELDENBERGH. (*Journal de Neurologie*, 1904, n° 20.)

S'appuyant sur l'identité des lois qui président au fonctionnement du cerveau et à celui de la moelle, l'auteur distingue, dans la moelle comme dans le cerveau, deux appareils nettement séparés : un appareil sensitivo-moteur volontaire représenté par un système de fibres directes, le système *cortico-pyramidal*, qui met l'écorce en rapport avec tous les étages successifs du nevraxe ; et un appareil sensitivo-moteur réflexe involontaire formée d'une série de fibres indirectes et superposées, reliées entre elles par autant de centres nerveux intermédiaires et qu'il appelle le système *cortico-extra-pyramidal.*

La pathologie du système dit cortico-extra-pyramidal comprend tous les troubles de la sensibilité et de la motricité réflexes ceux de la mémoire organique, de l'émotivité, de l'idéation sensible. Elle réflète en particulier la formation ou la production des vraies idées obsédantes et phobies, des hallucinations sensorio-psychiques corticales, de la catatonie, et de la catalepsie, des impulsions kinétiques et phonétiques, de l'angoisse vraie ou so-

matique, etc., sans parler des multiples affections des arcs réflexes primaires ou de ceux qui ressortissent au grand sympathique.

Réunis en un vaste et unique groupe morbide, ces syndromes constituent la syndromatologie névraxique ou la névraxopathologie du système cortico-extra-pyramidal.

Quant au système cortico-pyramidal, qui a une influence directe et frénatrice sur le système cortico-extra-pyramidal ou réflexe, comme il implique nécessairement de l'indépendance fonctionnelle, de la spontanéité, il reçoit un complément d'organisation et devient le système *psycho-cortico-pyramidal.*

A l'état normal la sphère psychique volontaire et la sphère cortico-réflexe involontaire s'influencent réciproquement et agissent de concert grâce aux fibres d'association centripètes et centrifuges qui les relient l'une à l'autre.

A l'état pathologique, il n'en est plus de même soit à la suite d'une altération primitive du centre cortical volontaire, soit secondairement par le fait d'une interruption de ses fibres d'association d'avec le centre cortico-involontaire.

Dans le premier cas, toute manifestation de la volonté libre étant supprimée le sujet sera livré à toute la fougue, à toute la brutalité de son système cortico-extra-pyramidal involontaire.

Quand, au contraire, il y a seulement interruption des fibres d'association entre la sphère psycho-volontaire et la sphère cortico-involontaire la symptomatologie variera suivant le siège de l'altération sur l'une ou l'autre espèce de fibres, centripètes et centrifuges, ou sur les deux à la fois.

Envisagé dans son ensemble, la pathologie du système psycho-cortico-pyramidal comprend les désordres kinétiques et phonétiques volontaires, les états hypo et abouliques, confusionnels, stuporeux et démentiels, les troubles de la personnalité, de l'affectivité, etc. Cette phénoménologie morbide constitue à son tour la syndromatologie névraxique ou la névraxopathologie du système cortico-pyramydal.

Cette conception psycho-anatomo-physiologique des névroses et des psychoses permet de faire rentrer leur étude dans celle de l'ensemble des maladies du névraxe ou névraxopathologie et de réunir l'étudede la psychologie à celle de la neurologie sous le nom de uevraxologie. G. DENY.

II. — **Contribution matérielle à l'étude des rayons Blondlot et Charpentier** ; par M. NIKITINE. (*Obozrénié psichiatrii.* IX, 1904.)

De nouvelles expériences de contrôle, l'auteur conclut : 1° La *méthode photographique* ne permet de découvrir sur l'écran phosphorescent aucune modification objective, quand on en approche telles ou telles parties de l'organisme vivant. — 2° *L'observation*

directe par l'*œil* ne révèle pas non plus que l'organisme, et en particulier, les muscles, nerfs, centres nerveux, soient aptes à renforcer l'éclat des surfaces phosphorescentes ; on a eu soin préalablement de supprimer l'influence de la chaleur, de la suggestion, et autres circonstances accessoires propres à modifier le caractère apparent de la phosphorescence. P. KERAVAL.

III. — **La direction des investigations dans les travaux de psychologie de Krœpelin** ; par W. WEYGANDT. (*Centralblatt f. Nervenheilkunde*. XXVI. N. F. XIV, 1903, nos 156-158.)

Etude analytique minutieuse des *Psychologische Arbeiten* de l'Ecole de Krœpelin, t. I-IV., 1895 à 1902. Peut-être serait-on tenté de comparer ce recueil à l'entreprise que se proposerait d'installer sur les bords du Rhin un laveur d'or ; sans doute il arriverait à tirer du sable du fleuve une certaine quantité d'or, mais il en obtiendrait si peu que les dépenses de l'exploitation seraient loin d'être couvertes. Une telle considération est sans valeur quand il s'agit de science puisqu'ici les efforts mis en œuvre tendent à grossir la somme de nos connaissances. Ainsi parle à juste titre M. Weygandt. P. KERAVAL.

IV. — **Un phénomène réflexe original observé sur les extrémités dans les paralysies centrales organiques** ; par W. M. BECHTEREW. (*Obozrénié psichiatrii*, VIII, 1903. *Neurolog. Centralblatt*. XXIII, 1904.).

L'auteur rappelle son mémoire de 1895 (V. *Archives de Neurologie*, t. I, 1896, p. 374). Il s'agit de la tension brusque du biceps dans le membre paralysé des vieux hémiplégiques lorsqu'après leur avoir fléchi l'avant-bras sur le bras on le laisse ensuite retomber, ou quand saisissant le bras entier dans ses deux mains l'observateur fait exercer l'extension brusque de l'avant-bras fléchi. De nouvelles observations lui ont montré l'apparition de phénomènes analogues dans les paralysies centrales organiques quand l'observateur pratique la flexion ou la supination de l'extrémité supérieure. Il en est de même pour les fléchisseurs de la jambe dans les hémiplégies et paraplégies organiques, quand la rigidité des membres paralysés n'est pas très grande, *a fortiori* lorsqu'elle manque tout à fait. Il suffit de pratiquer une brusque et forte extension pour se heurter, avant que l'extension de l'extrémité soit terminée, à une soudaine résistance qui résulte de la contraction réflexe des fléchisseurs ; on vainc cette résistance en continuant l'extension. Dans les hémiplégies organiques, la flexion brusque du membre inférieur provoque dès le début une secousse causée par l'extension passive des muscles correspondants. Rien de semblable n'a lieu dans les hémiplégies fonctionnelles. P. KERAVAL.

V. — **Nouveau réflexe de la face**; par A. Fuchs. (*Neurolog. Centralblatt*. XXIII. 1904.)

Exerce-t-on sur la paupière fermée sans effort une légère pression sur le globe de l'œil, on provoque un mouvement dans le territoire de la branche buccale du facial ; à ce mouvement semblent participer surtout les muscles zygomatiques et la portion labiale de l'élévateur de l'aile du nez et de la lèvre supérieure. Il s'agit d'un réflexe transmis par la branche supérieure sensitive du trijumeau au facial. Près de la moitié des personnes normales le possèdent. Parfois il passe à la région symétriqne du facial du côté opposé, lorsque le sujet présente de l'hyperexcitabilité réflexe. Il était exagéré en deux cas de tétanie. P. Keraval.

VI. — **Nouveau phénomène spino-musculaire chez les gens normaux** ; par Mac Carthy. (*Neurol.Centralblatt*. XXIII, 1904.) — **Du réflexe lombo-fémoral**; par W. M. Bechterew. (*Obozrénié psichiatrii* IX. 1904. *Neurologisches Centralblatt*. XXIV. 1905.)

Si chez l'enfant couché sur le dos, la tête renversée en arrière, les deux jambes lâches et se touchant par les talons, on percute, les 2e et 3e lombaires, on obtient la contraction simultanée des semi-membraneux et semi-tendineux, ce qui souvent occasionne un mouvement de toute la jambe.Le même phénomène peut être provoqué dans le décubitus latéral, les jambes étant au repos et demi-fléchies. Cette position est la meilleure pour l'adulte. Le réflexe lombo-fémoral de Bechterew est quelque chose de semblable mais ils ne sont ni l'un ni l'autre des réflexes. Il est probable qu'on excite mécaniquement les os de la colonne vertébrale,l'excitation se transmet à la moelle spinale ou aux racines antérieures ; en ce cas ce serait un phénomène rappelant celui de Chvostek. En un cas de tumeur de la région dorsale de la moelle (autopsie), le réflexe était fort exagéré.Ainsi s'exprime M. Carthy.

M. Bechterew fait observer que,lorsque les réflexes des extrémités inférieures présentent une exagération plus ou moins franche, le réflexe lombo-fémoral peut encore s'observer dans la position assise, souvent alors il s'étend aux extenseurs de la jambe. Dans un cas de diplégie spasmodique, on obtenait le réflexe lombo-fémoral et dans la station debout, les genoux étant à demifléchis, et dans la situation assise. Chez les sujets à hyperactivité réflexe nette des extrémités inférieures, accompagnée de clonisme, le réflexe lombo-fémoral se traduit par des contractions cloniques des muscles de la jambe ; ainsi en est-il dans les myélites dont les foyers siègent au-dessus du renflement lombaire ; obser-

vation de Merjéiewsky qui se termina par la guérison et la disparition alors du phénomène en question. (L. F. Ragozine.)

P. KERAVAL.

VII. — **Les réflexes des segments éloignés des extrémités supérieures et leur signification diagnostique**; par W. M. BECHTEREW (*Obozrénié psichiatrii*, VIII. 1903). (*Neurolog. Centralblatt* XXIV. 1905.)

On connaît les réflexes produits par le heurt de l'extrémité inférieure du cubitus et du radius, le réflexe émané du tendon du supinateur, ainsi que le réflexe palmaire de Stembo et Holtzinger. M. Bechterew rappelle encore son réflexe carpophalangien, et le réflexe du poignet obtenu par le heurt du tendon du muscle cubital externe. Ces réflexes ne peuvent fournir d'indications diagnostiques utiles que si on les compare de chaque côté; on ne peut conclure à leur état normal ou anormal que par leur absence d'un côté contrastant avec leur existence de l'autre.

Le *réflexe des fléchisseurs des doigts et du poignet* s'obtient en frappant sur les tendons en question au-dessus du ligament transverse palmaire du carpe; il se produit une flexion du poignet, des doigts et de l'avant-bras. On le rencontre assez souvent chez les gens bien portants; il est nettement exagéré dans les cas pathologiques. Etant donné la grande quantité de gros muscles entrant en jeu, son exagération indique la lésion du neurone central; sa diminution ou son absence trahit la lésion du neurone périphérique. Mais il faut encore le comparer à celui du côté sain.

Le *réflexe pronateur* se produit aisément chez un grand nombre de personnes; il suffit de frapper l'extrémité libre non recouverte de muscles du cubitus en tenant le membre fléchi et légèrement supiné. La pronation qui se manifeste dépend certainement de la contraction du carré pronateur. On peut l'obtenir en frappant non seulement le tiers inférieur, mais le tiers moyen et même le tiers supérieur du cubitus; c'est donc un réflexe périostique. On obtient encore parfois un faible mouvement de pronation et de flexion de l'avant-bras en frappant sur le condyle interne de l'articulation du coude, par la contraction du rond pronateur, mais ce réflexe a moins d'importance pratique.

Tous ces réflexes doivent être cherchés des deux côtés afin d'en comparer les modalités. Les paralysies organiques, à raison de la destruction du neurone central, s'accompagnent presque toujours d'une diminution extrêmement marquée des réflexes tendineux et périostiques dans la partie du corps paralysée, ce qui n'est pas le cas pour les paralysies fonctionnelles. P. KERAVAL.

VIII. — **La pseudomélie paresthésique symptomatique d'une lésion de la portion cervicale de la moelle et du segment inférieur du bulbe**, par P. A. Ostankow. — **Pseudomélie paresthésique symptomatique d'une lésion du noyau lenticulaire**, par W. M. Bechterew. (*Obozrénié psichiatrii* IX. 1904.)

L'observation de M. Ostankow concerne un homme de 59 ans et une méningo-myélite syphilitique localisée au segment cervical de la moelle, à laquelle participe le segment inférieur du bulbe. On constate : une paralysie flasque des membres supérieurs et inférieurs ; une abolition totale dans les membres de tous les modes de la sensibilité ; de la rétention de l'urine et des matières ; des convulsions toniques continues dans les muscles du cou ; des contractions convulsives des muscles des lèvres ; une légère parésie du voile du palais ; la voix éteinte ; des accès de dyspnée ; l'affaiblissement de la contractilité du diaphragme absence des réflexes patellaires ; symptôme de Babinski ; réflexe au froid net : incurvation de la colonne vertébrale au niveau des vertèbres cervicales et dorsales supérieures.

Enfin il existe une *fausse sensation* de *membres imaginaires*. Il semble au malade que ses bras soient fléchis, le droit sur sa poitrine ; le gauche sur l'abdomen ; il croit que les doigts des mains sont en flexion et que la main droite exerce une pression particulièrement vive sur sa poitrine ; il accuse la lourdeur de ces extrémités. Ses jambes lui paraissent également fléchies sur les cuisses et violemment pressées l'une contre l'autre, hors du lit ; il y perçoit une continuelle tension, de l'endolorissement, un poids insupportable. En vain voit-il la position réelle de ses membres paralysés qu'on est obligé de soulever, de fléchir et d'étendre sous ses yeux. Cette démonstration ne fait pas disparaître la sensation erronée. — L'ensemble de ce complexus, son développement par poussées entrecoupées de quelques rémissions, puis sa progression rapide, enfin l'atteinte simultanée du système osseux (périostite), tout conduit au diagnostic énoncé plus haut. La fausse sensation tient à l'excitation du bout central des conducteurs de la sensibilité et du sens musculaire à l'endroit lésé ; ce symptôme n'apparaît d'après l'auteur russe que lorsque la lésion anatomique de la moelle occupe un étage aussi élevé.

Dans l'observation de M. Bechterew, il s'agit d'un homme de 38 ans, fils de buveur, buveur lui-même, successivement affecté de délire hallucinatoire avec idées de persécution, de tuberculose d'ictus entraînant une hémiplégie gauche. On constate progressivement, de la parésie, des convulsions toniques, de la paralysie, de l'anesthésie du sens musculaire seul, de l'amyotrophie. — L'évolution de l'hémiplégie gauche est marquée par l'*impression fausse* que

le *bras gauche se meut*. Ce membre est incapable de mouvement et cependant le patient le sent derrière le dos, comprimé par le tronc qui pèse sur lui, ou bien il le croit sur sa poitrine ou sur son ventre. Il se rend très bien compte que c'est une sensation erronée, mais il ne peut s'en débarrasser, même quand il regarde son extrémité supérieure gauche, immobile, paralysée. — *L'autopsie* révèle dans l'hémisphère droit, un ramollissement jaune-gris ; il occupe la partie antérieure du ventricule latéral et englobe la plus grande portion du noyau lenticulaire à l'exclusion d'une fraction insignifiante de son segment antérieur ; la substance blanche contiguë est atteinte. Intégrité de la couche optique entière et du noyau coudé. Atrophie de la cornée antérieure gauche de la moelle, depuis le renflement cervical jusqu'au renflement lombaire, l'atrophie des cellules est surtout marquée au niveau des renflements. Atrophie et dégénérescence des cordons latéraux. C'est, pour M. Bechterew, à l'anesthésie du sens musculaire par lésion rigoureusement limitée du noyau lenticulaire et de la partie contiguë de substance blanche qu'il faut rapporter les sensations fausses.

P. Keraval.

IX. — **Remarques sur les noircissures artificielles qui surviennent dans la méthode de coloration de Marchi** ; par E. Stransky. (*Neurolog. Centralblatt* XXII. 1903.) — **Les sources d'erreur de la méthode de Marchi** ; par W. Spielmeyer. (*Centralblatt f. Nervenheilk.* XXVI. N. F. XIV. 190.3)

Les lésions mécaniques involontaires des nerfs *post-mortem*, au moment où on les recueille sur le cadavre se manifestent, d'après M. Stransky comme suit : la myéline est partiellement rétractée en dedans de l'endroit malmené, sur une étendue plus ou moins grande ; la fibre, successivement très mince et, graduellement, plus large, renflée en massue, reprend progressivement sa largeur normale. La gradation de cette transition permet de distinguer cet état du morcellement en écale, ou de l'atrophie des fibres. Le cylindraxe participe à la rétraction ; on ne le perçoit ni dans la partie mince, ni dans le renflement en massue (figures). Ces produits artificiels se distinguent des noircissures pathologiques ; en ce dernier cas, on a affaire à des miettes de myéline isolées ou en amas, libres dans les fibres ou dans les enveloppes des fibres ovoïdes, ou globuliformes, à peine allongées. Dans les produits artificiels-il semble que la substance blanche soit crevassée.

M. Spielmeyer dit que ce que l'on désigne sans façon sous le nom de produits artificiels se peut rattacher soit à des conditions inhérentes au tissu nerveux, soit à des vices dans la technique. — C'est le tissu nerveux qui est en jeu quand, quelques précautions que l'on ait prises, on voit sur toute la coupe de petits points noirs et des grains diffus; plus petits que les mottes dégénératives

des fibres à myéline les plus fines, toujours globuleux, ils occupent de préférence les interstices. Eh bien ! ils sont l'expression anatomique d'une usure physiologique, de la dégénérescence et régénérescence normales de la myéline. Ou bien dans les processus atrophiques de la substance nerveuse, ils représentent les éléments, transportés à distance, de la substance blanche en voie de destruction. Dans les processus toxiques, telles les paralysies post-diphtéritiques, les poussières que l'on trouve dans la substance blanche du cerveau, permettent de penser que le poison possède une intense affinité chimique à l'égard d'éléments constituants déterminés préformés de la substance blanche nerveuse; c'est ce qui paraît avoir lieu dans la tuberculose miliaire. Les nombreux grains, que l'on trouve chez les enfants et les nouveau-nés, sur le trajet des racines intra-médullaires, doivent être imputés à des conditions physiologiques de fibres nerveuses très jeunes ou en état de formation, conditions d'ailleurs ignorées par nous.— Les vices de technique dépendent d'actions mécaniques, de processus de putréfaction, de l'effet des divers liquides de conservation. De l'examen de ces modifications, l'auteur tire que le meilleur moyen de parer à ces inconvénients, c'est d'enlever le plus tôt possible après la mort les organes et morceaux du système nerveux. On les fixera dans le liquide de Muller qui sera souvent changé afin d'éviter la putridité. Le formol, plus conservateur, détermine de très nombreux précipités noirs ou brun-noir, le gonflement variqueux, la coloration foncée des fibres. La chromisation durera de 8 jours à 6 mois ; ce qui importe le plus, c'est l'emploi d'une solution osmio-chromique déjà et souvent utilisé. P. KERAVAL.

X. — **La forme des éléments nerveux de l'écorce du cervelet de divers vertébrés**, par M. J. GUREWITSCH. (*Neurolog. Centralblatt.* XXIV. 1905.

Mémoire accompagné de figures que l'auteur a lui-même résumé d'ailleurs longuement dans les termes suivants.

1. — Parmi les éléments de cette écorce, seules les cellules de Parkinje possèdent une ramification extrêmement riche de dendrites hérissées de pointes latérales. La variété d'aspects de ces cellules suivant les divers animaux, leur forme dont la complexité et les particularités correspondent à l'élévation et aux détails d'organisation ainsi qu'à l'âge des animaux, trahissent des modifications philogénétiques et ontogénétiques. Les cellules en panier et les cellules de Golgi des jeunes animaux régressent à mesure que croît l'organisme.

2.— Pourquoi maintes cellules ont-elles une forme compliquée et possèdent-elles quantité de dendrites et de pointes latérales, tandis que les autres sont pourvues de prolongements peu ramifiés sans pointes latérales ?

D'après la théorie de Golgi, les dendrites ne remplissent pas de fonction nerveuse, elles sont destinées à la nutrition de la cellule. — D'après celle de Ramon y Cajal et van Gehuchten, dendrites et cylindraxes sont des conducteurs centripètes de l'excitation nerveuse ; ils ne participent pas à l'activité qui prend sa source dans le corps de la cellule. — Aujourd'hui nous savons d'après la structure du protoplasma que les dendrites se rapprochent plus du corps cellulaire que de l'axone ; les corpuscules de Nissl, les réseaux endo-cellulaires de Golgi se prolongent dans les dendrites et non dans les cylindraxes ; les neurosomes des dendrites ressemblent plus aux neurosomes du corps de la cellule qu'à ceux du cylindraxe (Shinkischi-Hataï) ; les pointes latérales elles-mêmes, propres aux dendrites, ont été observées aussi sur le corps de la cellule, jamais sur les axones (Soukhanow). Le cylindraxe peut aussi bien se détacher de la dendrite que du corps cellulaire, voire d'une dendrite secondaire. Bethe a sur le carcinus melas montré que l'influx nerveux se peut transmettre des organes de réception aux organes moteur sans passer par le corps de la cellule. — Tout cela nous force à reconnaître *que les dendrites peuvent prendre part à l'activité nerveuse parallèlement au corps au la cellule. Nous tendrions donc* à adhérer à l'idée de Lenbossek (1895) : *les dendrites jouissent des mêmes fonctions que le protoplasma du corps de la cellule ; elles ne servent pas seulement à conduire les impulsions nerveuses, elles peuvent être le siège de processus nerveux complexes auxquels paraît particulièrement apte l'expansion du protoplasme dans les fines masses des dendrites.*

Et les pointes latérales ? Kœlliker, Meyer et autres, tendent à les regarder comme des produits artificiels dus aux manipulations de la méthode de Golgi. Pour Bethe, elles ne sont que des parties imprégnées du réseau péri-cellulaire.

Comme Ramon y Cajal. Iwanoff, Turner, Schinkischi-Hataï ont réussi à les colorer au bleu de méthyle et à la fuchsine acide, on est en droit de les tenir pour des composants præformés du protoplasma des dendrites. Chez un lapin vivant la coloration des éléments cortico-cérébelleux a été obtenue à l'aide du bleu de méthyle. (Van Gehuchten, Cajal, Duval, Bechterew, Heger, Gurewitsch.)

Ces pointes latérales seraient destinées au contact des neurones. (van Gehuchten, Ramon, Steffanowska, Demoor, Azoulay). Mais bien des éléments n'ont point de pointes, tandis que d'autres en ont en abondance. C'est que la possibilité des contacts sans ces pointes est incontestable, et que le nombre de celles-ci ne permet pas de préjuger de la quantité des contacts. Leur position même ne corrobore pas les données établissant l'endroit de ces contacts. Ainsi le corps des cellules de Purkinje n'a pas de pointes et cependant il entre indubitablement en contact avec les petits pa-

niers des cellules corbelliformes. Soukhanow a fait remarquer que les pointes latérales sont principalement l'apanage des cellules à fonction autonome, des cellules de Purkinje, autonomes comme les cellules pyramidales; pour lui, les pointes ne servent pas seulement au contact, elles augmentent la surface de la cellule, d'où production, accumulation, conservation de l'énergie. Cette théorie peut se marier à celle de Leuhossek sur le rôle des dendrites.

Le corps de la cellule, les dendrites et les pointes latérales, représentant un protoplasma disposé d'une certaine manière, possèdent toutes les fonctions propres au protoplasma nerveux, c'est-à-dire la nutrition, la conductilité, la productivité, l'accumulation et la conservation de l'énergie nerveuse. La complexité de la ramification des dendrites et leur abondance en pointes latérales amplifient le périmètre et la surface de l'élément nerveux, ce qui crée des conditions propres à une activité plus intense et plus productive.

3. — La complexité de la forme paraît donc être le reflet et la condition de la complexité de l'activité fonctionnelle.

Ce parallélisme entre la forme des éléments nerveux et leur fonction est confirmé par la forme extérieure des cellules cortico-cérébelleuses chez les divers animaux et aux différents âges.

Dans l'écorce du cervelet de n'importe quel animal les cellules de Purkinje se distingue nettement entre toutes les autres, par la riche ramification de leurs dendrites,ainsi que par la quantité de leurs pointes latérales. Ces éléments sont les cellules les plus importantes les cellules spécifiques de cette région, sont les vectrices de sa fonction, car seules les cellules de Purkinje expédient leur influx hors des limites de l'écorce cérébelleuse ; tous autres éléments, à courts cylindraxes, se terminent dans cette écorce. Puis les cellules de Purkinje varient de forme selon les animaux; plus un animal est élevé en organisation, plus complexe est la forme extérieure des cellules, plus elles sont riches en dendrites et pointes latérales.

On trouve aussi suivant les particularités fonctionnelles imputables au cervelet de l'animal (ainsi chez les vertébrés ailés, chez les oiseaux), des particularités correspondantes dans la forme extérieure des cellules de Purkinje. Enfin les phases de développement des cellules de Purkinje éclairent le fait de la complication de la forme en même temps que de la fonction qui s'opère dans le cours de l'accroissement de l'organisme.

On sait que les cellules pyramidales, ces éléments fondamentaux de l'écorce cérébrale, font les frais de modifications philogénétiques et ontogénétiques, qui correspondent à la complication de la fonction de ces cellules pendant le développement de l'organisme animal d'un individu ou d'une espèce. Par contre, les cellules corbelliformes et les cellules de Golgi simplifient

leur forme avec la croissance de l'animal, ressemblant en cela aux cellules de la corne antérieure de la moelle (Geier). Donc toutes les cellules, tous les organes et tissus, ne se perfectionnent pas avec le développement de l'organisme ; quelques-unes mêmes régressent. Il est très probable que les cellules de la moelle possèdent chez le jeune animal une fonction plus intense que chez l'animal adulte. Il se peut que les cellules en corbeilles et les cellules de Golgi aient dans l'organisme jeune plus d'indépendance et que chez l'adulte, seulement les cellules de Purkinje acquièrent dans le cervelet un rôle prépondérant au moment où l'activité nerveuse se centralise en les éléments fondamentaux du système nerveux propres à l'organisme développé.

C'est ainsi que l'on peut comprendre : la multiplicité des ramifications des prolongements protoplasmiques ; la richesse de certains éléments en pointes latérales peu abondantes sur d'autres ; la complexité graduelle de la forme des éléments d'un rang élevé (cellules de Purkinje et cellules pyramidales) du moineau ou du cobaye à l'homme, de l'enfant à l'adulte. On peut aussi s'expliquer la régression du développement des cellules en corbeilles, des cellules de Golgi, des cellules des cornes antérieures à mesure que croît l'organisme, et la subordination graduellement plus accusée de ces éléments aux corps cellulaires plus élevés, ceux-ci attirant à eux le pouvoir suprême sur le système nerveux central en augmentant la masse et la surface de leur protoplasma et en compliquant leur organisme à raison de la plus grande intensité et de leur activité.

Cette théorie qui attribue aux dendrites et à leurs pointes latérales un rôle plus important dans l'activité nerveuse fait comprendre pourquoi ces parties de l'élément cellulaire fournissent une échelle si sensible des modifications auxquelles est soumise la cellule dans le développement (philogénétique et ontogénétique) de l'organisme, alors que le corps de la cellule siège unique d'après la théorie de la polarité dynamique de l'activité nerveuse change extrêmement peu de forme et même de volume.

P. Keraval.

XI. — **Contribution à la question de la régénération de la moelle**, par G. Bikelès (*Neurolog. Centralbl.* XXIII 1904).

Dans les expériences relatives à l'écrasement des racines spinales, chez les chiens, on voit la racine postérieure (extramédullaire) se régénérer complètement ; il existe même dans la moelle certains processus de régénération.

Ceci est prouvé non pas seulement par l'existence de fines fibres nerveuses (qui pourraient être d'origine endogène), mais principalement par leur manière d'être sur des coupes longitudinales. Chez l'homme, les coupes de moelle au-dessous d'une rupture

traumatique montrent, alors qu'il n'y a aucune autre fibre nerveuse, de très fines fibrilles à trajet irrégulier, qui sont en directe continuité avec les fibres régénérées du segment de la racine postérieure le plus près de l'axe. Maintenant cet élan vers la régénération de la moelle a-t-il une utilité physiologique; aboutit-il; les fibres régénérées sont-elles susceptibles de vivre : ne sont-elles pas étouffées par le tissu scléreux ? Impossible de répondre encore à ces questions. — Notre patient, atteint de rupture de la moelle, survécut 10 mois à l'accident, et les fibres régénérées étaient indubitablement de date plus récente.— Spiller et Frazier (*Universit. of. Pensylvan, Med. Bull.*, juin 1903) examinant la moelle de chiens chez qui, 10 mois auparavant ils avaient sectionné les racines postérieures, notent l'absence absolue de régénération médullaire ; seulement ils n'ont pas fait de coupes longitudinales propres à constater la continuité ou l'interruption de ces racines ; l'absence de fibres fines (les photogrames révélèrent un nombre relativement grand de fibres épaisses dans le territoire même de dégénération éclairci), cette absence prouve très peu dix mois après l'opération, surtout quand on n indique pas la constitution des fibres nerveuses dans la portion centrale de la racine postérieure opérée. Or la recherche de la régénération intramédullaire suppose évidemment que la régénération extramédullaire était affectuée, mais il n'y a pas à cet égard d'indication formelle. Cette lacune serait à combler puisque il a été prétendu qu'après la section des racines postérieures, leur régénérescence extramédullaire était en principe, impossible, tandis que de mon côté j'ai imputé l'absence éventuelle de la réunion nerveuse à la suite d'une section à des causes accessoires telles que le défaut d'une voie conductrice,et la tendance exagérée à la prolifération du tissu conjonctif.

P. Keraval.

XII. — **Une nouvelle méthode de coloration des gaines de myéline**, par E. Frœnkel. (*Neurolog. Centralbl.*, XXII, 1903.)

Le colorant employé est le bleu de méthylène polychrome d'Unna.

Le durcissement s'effectue dans le liquide de Muller, ou dans le mélange de bichromate de potasse et d'alunchrome de C. Weigert; l'emploi de cette dernière solution abrège très considérablement la durée de la fixation.

Les pièces incluses dans la celloïdine sont coupées, puis plongées dans la solution *colorante*; quelques heures de séjour suffisent mais on peut sans inconvénient les y laisser plus d'un jour, le même liquide égoutté peut reservir.

Lavez à l'eau distillée, puis *différenciez* chaque coupe séparément dans une solution aqueuse de tannin aussi vieille que pos-

sible saturée. Les coupes qui par le colorant étaient devenues uniformément bleu sombre doivent rester dans la solution jusqu'à ce qu'à l'œil nu on distingue la substance grise de la substance blanche. Celles qui ont été fixées au liquide de Muller semblent se décolorer un peu plus promptement que les blocs durcis dans le mélange de Weigert. On juge du temps qu'il faut les laisser dans la solution de tannin ; on aurait beau les y laisser plus de 12 heures qu'on n'aurait pas une décoloration complète. Elles sont après l'opération d'un bleu pur.

On lave encore à l'eau distillée et l'on recommence le *même cycle de coloration et de décoloration*. Il se forme dès qu'on remet la coupe dans le bleu de méthylène polychrome, à la surface de la solution colorante (qui doit être filtrée chaque fois avant qu'on ne s'en serve) une pellicule d'un chatoiement métallique ; le liquide colorant est d'ailleurs le siège de modifications tenant à l'action du tannin qui adhère aux coupes sur la matière colorante basique.

Il faut donc employer de grandes quantités de la solution colorante, et, surtout quand il s'agit de grandes coupes, ne placer que peu de coupes dans la couleur. Le premier traitement au tannin des coupes augmente l'avidité de celles-ci pour la couleur basique ; le tannin outre qu'il différencie, renforce pendant la seconde opération de coloration. Quand les coupes sortent de la seconde opération de coloration elles paraissent totalement noires et couvertes de bourbe, cette bourbe disparaît et par le lavage à l'eau distillée et par la seconde différenciation dans le tannin. A ce moment elles prennent une nuance d'un bleu-noir.

On deshydrate à l'alcool à 96° on éclaircit dans l'essence de bergamotte et de xylol, on conserve dans le baume.

Dès lors, les fibres à myéline les plus fines sont colorées et les plus minimes défectuosités y apparaissent. Ce sont des anneaux d'un bleu foncé simples ou doubles, qui entourent les cylindraxes. Dans l'écorce cérébrale on perçoit et les fibres tangentielles et les fibres de la couche supraradiaire sous-jacente. Pour le cerveau, il est préférable de fixer au mélange de Weigert : les fibres myéliniques qui sont d'un noir plus intense deviennent extrêmement apparentes. Les deux méthodes de fixation conviennent indifféremment à la moelle. Pour celle-ci les deux cycles d'opérations sont chacun de 6 heures ; on double ce temps pour le cerveau. On voit en outre des fibres nerveuses à myéline (bleu-noir), les noyaux des cellules de la névroglie et les vaisseaux des centres ou des méninges, dont la tunique musculaire apparaît bleu-clair. Sont aussi distincts : les cellules du canal central avec leurs noyaux basaux ; les noyaux du périnerf et de l'endonerf, tant dans les racines spinales que dans les nerfs périphériques.

Sur les coupes ainsi colorées on peut faire agir le mélange Gie-

son. On obtient alors les éléments conjonctifs (pie-mère, gaînes vasculaires adventices) en rouge, tandis que la charpente de la névroglie est purement verdâtre.— Inversement, on peut colorer au bleu de méthylène polychrome des coupes préalablement traitées à la solution acide d'orcéine. On saisit alors sur une même coupe des anomalies dans la structure des parois vasculaires, ainsi que l'état des gaînes de myéline. Tout pigment apparaît également avec netteté. P. KERAVAL.

XIII. — **Du régime hypoazoté dans l'épilepsie (éliminations urinaires et résultats thérapeutiques)**, par Jules VOISIN, Roger VOISIN et NORERO. (*Revue mensuelle des maladies de l'enfance*, juin 1905, p. 252-268.)

Les auteurs ont appliqué pendant un mois, à huit enfants épileptiques, et comparativement, à deux enfants arriérés simples non épileptiques, un régime dépourvu de tout élément azoté d'origine animale, et très pauvre en éléments azotés d'origine végétale. Les graisses et les hydro-carbures, principalement le sucre, remplaçaient dans la ration alimentaire la part prise habituellement par l'azote.

Les enfants qui avant ce régime hypo-azoté absorbaient par kilogramme de poids de 0 gr. 8 à 1 gr. 68 d'éléments azotés (quantité qui est plus faible que celle ordinairement absorbée dans un régime normal en ville), ne prirent plus pendant le régime que de 0 gr. 45 à 0 gr. 92 d'éléments azotés. Cette diminution de la quantité d'azote absorbée ne troubla en rien la nutrition générale, et au bout du mois sur les 10 enfants, 6 avaient augmenté de 0 kg. 500 à 1 kg. 500, 2 étaient stationnaires, 2 seulement présentaient une diminution de 500 grammes. Ce résultat montre donc que l'on peut sans inconvénient abaisser au-dessous d'un gramme par kilogramme de poids (chiffre minimum admis par Lambling et Maurel) la dose journalière d'éléments azotés ingérée. Par l'étude de l'azote urinaire, les auteurs ont constaté, résultats identiques à ceux de Labbé et Morchoisne, que l'excrétion de l'azote suit la courbe de l'ingestion de l'azote, et qu'en aucun cas l'azote urinaire ne fut supérieur à la quantité d'azote ingéré. Malgré cette diminution considérable de l'azote alimentaire, le nombre d'accès des 8 malades, toutes grandes épileptiques, ne fut pas modifié. (La quantité donnée de bromure a été invariable.)

Au premier abord, cet insuccès clinique paraît devoir servir d'argument contre la théorie pathogénique de l'épilepsie, basée sur l'auto-intoxication. On admet, en effet, généralement que la nourriture animale est cause, bien plus que la nourriture végétale, de fermentations et productions toxiques, or les accès épileptiques ne présentent aucune diminution de nombre pendant un régime

où théoriquement l'intoxication de l'organisme devait être au minimum.

Les auteurs font remarquer que cette toxicité plus grande de la nourriture azotée animale n'est pas démontrée. Lapicque et Maretti ont prouvé, en effet, que la toxicité urinaire n'est pas influencée par la quantité d'albumine alimentaire ; et, toujours persuadés de la justesse de l'hypothèse pathogénique de l'épilepsie d'origine toxique, ils concluent que puisque le nombre des accès n'a pas diminué, c'est que les phénomènes d'auto-intoxication n'ont pas diminué d'intensité, et que, par conséquent, ils ne dépendent pas du taux de l'azote ingéré. De ces recherches résulte donc cette constatation intéressante : c'est qu'il est inutile de donner à l'épileptique un régime lacto-végétarien, et qu'il peut sans inconvénient suivre le régime mixte normal.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

Séance du 11 *mai* 1905. — Présidence de M. Brissaud.

Paralysie alterne bulbo-protubérantielle.

M. Souques montre un malade atteint d'hémiplégie droite sensitivo-motrice (tronc et membres) avec paralysie gauche de quatre nerfs craniens : facial, moteur oculaire commun, auditif et trijumeau, et avec hémiasynergie gauche, et tremblement intentionnel. La branche motrice du trijumeau n'étant pas paralysée la lésion doit être bulbo-protubérantielle (hémorrhagie probable chez un alcoolique).

Tabes supérieur et méningite syphilitique basilaire.

MM. Souques et Vincent montrent une syphilitique de 51 ans, qui, à la suite de fausses couches, tomba dans le coma et en sortit avec une amaurose totale et des crises d'épilepsie jacksonnienne aujourd'hui disparues. Sa papille atrophiée est caractéristique du tabes. La malade aveugle présente encore une paralysie du moteur oculaire commun, de l'hémiatrophie linguale droite, une parésie faciale gauche et de la corde vocale gauche avec troubles de la phonation et de la respiration, de la rapidité du pouls et des lésions du voile du palais. Ni incoordination, ni troubles vésicaux, mais paraplégie spasmodique avec réflexes exagérés.

Démence précoce.

M. G. Ballet présente deux malades de type différent à l'ap-

pui de son opinion : qu'on a tort de faire actuellement des quatre formes cliniques décrites de la démence précoce des variantes d'une même entité morbide. La démence précoce est mal connue et doit encore être étudiée avant qu'on en puisse grouper toutes les formes dans un même cadre.

Contractions associées paradoxales dans une ancienne paralysie faciale.

M. Lamy montre un malade paralysé de la face depuis son enfance qui ne contracte pas son front pour regarder en l'air et qui le contracte pour fermer les yeux, ce qui gêne ce dernier mouvement.

Tabes et maux perforants.

M. P. Marie présente un tabétique atteint de plusieurs maux perforants palatins déterminés par des points d'appui de dentiers.

Tremblement congénital et dégénérescence ; pathologie comparée.

MM. Raymond et Thaon présentent l'observation de deux faisans adultes, nés de parents consanguins, dont la première couvée avait donné des produits non trembleurs, mais débiles ; ceux-ci ont tremblé dès la sortie de l'œuf ; le tremblement affecte le corps dans son ensemble ; surtout dans la station ; il diminue au repos. Ces oiseaux sont débiles et inféconds. Il s'agit d'un tremblement congénital avec tare familiale dégénérative.

Les bandelettes optiques dans le tabes avec cécité.

MM. P. Marie et Léri. — Dans le tabes avec cécité, il subsiste toujours un petit faisceau intact dans les bandelettes optiques, alors même qu'il n'y a plus dans les nerfs aucune fibre nerveuse. Ce faisceau résiduaire ne représente ni la commissure de Meynert qui subsiste en dehors de la bandelette, ni la commissure de Gudden absente chez l'homme. Il siège à la partie externe des bandelettes depuis la partie toute postérieure aux environs du corps genouillé, jusqu'à la partie toute antérieure où ses fibres se mettent en rapport avec les cellules du ganglion optique basal de Meynert. Il se prolonge parfois sous forme d'un petit faisceau dans la partie supéro-externe du chiasma.

Paralysie générale et syphilis cérébrale diffuse.

M. Dupré et Devaux. — Les caractères histologiques différentiels de ces deux affections permettent le diagnostic à l'examen des préparations. Dans la paralysie générale, l'infiltration périvasculaire est formée presque exclusivement par les plasmazellen ; la névroglie prolifère surtout au voisinage des vaisseaux d'une façon diffuse ; enfin on observe une abondante formation de néovaisseaux.

Dans la syphilis cérébrale, l'infiltration périvasculaire, lorsqu'elle existe, est formée surtout par des lymphocytes ; les plasmazellen en bâtonnets sont rares, la prolifération névroglique se fait en foyers. Les lésions vasculaires sont caractérisées par une prolifération endothéliale énorme et par l'hypertrophie de la membrane élastique.

Chorée et catatonie.

M. ACHARD rapporte le cas d'une fille de dix-huit ans, atteinte de catatonie et d'indifférence apathique à la suite d'une chorée rhumatismale, on craignait la démence précoce. Devenue tuberculeuse, elle retrouva sa lucidité intellectuelle trois jours avant sa mort.

M. ACHARD rapporte aussi un cas d'*hémiplégie hystérique* survenu à l'âge de 64 ans, à la suite d'une émotion.

MM. P. ROY et R. DUPOUY rapportent un cas d'amnésie rétro-antérograde ayant débuté brusquement par un ictus chez un paralytique général qui ne se rappelle rien des douze dernières années. F. B.

Séance du 8 juin 1905. — PRÉSIDENCE DE M. LE PROF. BRISSAUD.

Cécité verbale pure avec hémianopsie homonyme latérale droite. Persistance de la sensation de lumière brute dans le champ droit.

MM. LÉVY et FAGUET présente un artérioscléreux albuminurique qui est atteint de cécité littérale, syllabique et verbale, sans agraphie, ni aphasie motrice, ni surdité verbale, et de l'hémianopsie homonyme droite ; lésion au niveau du centre visuel commun. La lésion interrompt les fibres de communication avec le centre visuel verbal.

Amélioration générale. Œdème cérébral probable ajouté au foyer de ramollissement.

Tabes cervical chez un enfant de quinze ans.

MM. DÉJÉRINE, MORÉRO et LEENHARDT. — Pas de syphilis, incoordination des membres supérieurs depuis deux ans, force musculaire conservée. Sensibilité tactile et à la douleur abolie aux doigts et diminuée sur le bras et la main suivant le type radiculaire. Disparition du sens des attitudes du sens stéréognostique, de la sensibilité osseuse et des réflexes de l'avant-bras, lymphocytose très faible, pas de signe d'Argyll. MM. Marie et Babinski n'acceptent pas le diagnostic de tabes.

Névrite radiculaire cervicale et dorsale supérieure.

MM. DÉJÉRINE, LEENHARDT et MORERO montrent une femme probablement syphilitique, présentant de l'anesthésie dans le

champ de la 2e à la 8e racines cervicales droites et de la 1re à la 6e dorsales, diminution de la force et des réflexes des bras.

Pas de douleur spontanée, mais douleur en éternuant par distension du cul-de-sac méningé péri-radiculaire enflammé.

Scopolamine dans la maladie de Parkinson.

M. Roussy a obtenu une diminution de la propulsion et de quelques autres symptômes tels que tremblement et raideur par des injections sous-cutanées de scopolamine. M. Alquier montre que cette action n'est pas durable et est dangereuse quand il y a de l'artério-sclérose et des troubles vasomoteurs.

Sclérose en plaques infantiles.

MM. Raymond et Baudouin présentent une fillette de treize ans atteinte depuis trois ans de troubles de l'écriture, puis de la marche ; ébauche de signe de Romberg ; exagération des réflexes et signes de Babinski ; pas d'asynergie cérébelleuse. Du côté de l'œil, nystagmus, diplopie et décoloration de la papille. Il y a un tremblement intentionnel très léger. Pas d'antécédents spécifiques, hérédité névropathique. Coqueluche, rougeole, varicelle dans l'enfance.

Ophtalmoplégie et tremblement.

MM. Brissaud et Moutier présentent une malade qui en 1901 fut prise de vertiges et d'anesthésie de la face à droite et qui garda de la diplopie après guérison. En 1902, elle eut de la lourdeur, puis du tremblement de la jambe gauche, puis dans le bras et enfin une dysarthrie prononcée. Le tremblement est à type parkinsonien. Il y a ophtalmoplégie totale et paralysie faciale gauche sans troubles de la sensibilité. Syphilis probable ; lésion pédonculo-protubérantielle (artérite ou gomme) atteignant les noyaux III et IV coupant le faisceau facial au-dessus de son entrecroisement.

F. Boissier.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE.

Séance du 20 mai.

Suppuration et rémission dans la paralysie générale.

M. le Dr A. Marie communique une observation de paralysie générale où survint une rémisson notable avec *la cure* d'une suppuration développée à une phase de la maladie offrant toutes les apparences d'une cachexie finale. Mais serait-ce la suppuration imminente qui aurait déprimé l'état général du malade plus que la paralysie générale ? Cette suppuration était évidemment due à une de ces infections latentes ou secondairement incidentes si fréquentes au cours des paralysies générales. Mais en supposant que son développement sous forme de collection abcédée ait pu

agir comme processus de fixation, l'intervention chirurgicale qui y mit fin semble avoir agi non moins activement pour sauver ce malade qui n'eût pas manqué de périr sans elle.

Le point délicat est d'établir le départ exact entre l'influence de la suppuration initiale et de sa cure chirurgicale sur l'évolution de la paralysie générale sous-jacente et ses rémissions. Il est permis de se demander si un traitement abortif de la suppuration à son début eût été suivi de la même rémission ; si la suppuration a eu quelque action directe sur les éléments infectieux en les fixant et en suscitant une réaction défensive leucocytaire favorable ; l'intervention chirurgicale consécutive était doublement et à coup sûr urgente pour l'élimination d'éléments nocifs fixés.

Perversions sexuelles.

Le Dr VIOLLET communique deux observations de *perversion sexuelle — sadisme sur les animaux — attentats à la pudeur sur une fillette* — en rapport avec des malformations acquises. Dans les deux cas de cet auteur, — pris dans le service du Dr Marie, de Villejuif — il n'existait aucune perversion sexuelle avant la malformation. C'est bien de celle-ci que dépend la perversion, qui se développe, il est vrai, chez des débiles mentaux. L'auteur pense qu'il existe un grand nombre de cas de ce genre, où des déformations, minimes, parfois curables chirurgicalement, sont le point de départ des perversions sexuelles.

BIBLIOGRAPHIE

I. *Compte administratif pour* 1903 *de l'Asile d'aliénés de Quimper* ; par le Dr MEILHON, médecin directeur.

Population au 31 décembre 1902 : 629. Entrées en 1903, 144 ; Imbécillité, 6 ; idiotie, 4 ; épileptiques, 8 ; alcooliques, 48 dont 11 femmes ; sorties, 72 ; guérisons, 22 : améliorations, 33 ; décès, 95 ; existant au 3 décembre 1903, 606. Journées de présence, 227.803. Dépenses, 264.089 fr. A propos des recettes provenant des aliénés au compte d'autres départements, M. Meilhon fait la remarque que cette recette diminue tous les ans, l'Asile laissant s'éteindre par extinction la population étrangère au Finistère ; mais tout danger d'encombrement est actuellement écarté, et si les vides se faisaient trop nombreux, nous prendrions des mesures pour amener quelques aliénés étrangers.

Le produit du travail des aliénés a été évalué à 17.980 fr., la journée de travail est payée de 50 à 60 centimes. La dépense pour les pensions de retraite et secours a été de 1.200 fr. Le prix de journée est de 1 fr. 155. « La construction et l'installation du *laboratoire* est l'œuvre la plus importante que nous ayons réalisé pendant l'exercice 1903. dit M. Meilhon. » Entretien des archives et *bibliothèque*, 378 fr. Tous les asiles devraient avoir un *laboratoire*, une *bibliothèque médicale*, et une *bibliothèque pour les malades*.

Le *Rapport médical* présenté à l'administration par M. le Dr Meilhon a été rédigé sous son inspiration par M. le Dr LAGRIFFE médecin-adjoint. C'est là un nouvel exemple de collaboration du médecin directeur et du médecin adjoint qui vient heureusement s'ajouter à ceux que nous avons signalés. Voici quelques citations.

« M. le Dr Meilhon, Directeur médecin de l'Asile de Quimper a bien voulu nous charger de rédiger le rapport médical de l'année qui vient de s'écouler. Alors que nous étions un nouveau venu, non seulement dans cet établissement, mais dans le cadre des Asiles, c'était là nous fournir une occasion éminemment favorable de nous renseigner d'une manière plus complète sur le fonctionnement d'un Asile, et nous donner, dans l'espèce, la marque de confiance qui pouvait nous être la plus agréable, nous remplissons un devoir et nous le remplissons avec plaisir en le remerciant très vivement dès le début.

Le chiffre des *entrées* a été plus élevé que jamais ; il provient des malades du Finistère. *L'alcoolisme* sévit dans toutes les classes. — Ce sont les vieux alcooliques incurables qui constituent le fond de notre population. — Décès par *tuberculose*, 24 sur 95, « malgré toutes les précautions que nous prenons ».

(Il serait intéressant de connaître pour chaque asile le nombre des agents du personnel secondaire, service de jour, de nuit, services généraux (religieuses, laïques, avec leur salaire).

« La direction médicale de l'Asile avait cru pouvoir user pendant un temps d'un moyen qui, tout en diminuant la durée du séjour, permettait de prolonger au dehors, dans une certaine mesure, la surveillance morale et le conseil dont les malades améliorés ou paraissant guéris ont besoin pendant un long temps. Ce moyen est le congé de trois mois.

Mais, comme le faisait prévoir le rapport médical de l'année dernière, aucune sortie à titre d'essai n'a été accordée en 1903. Nous rappelons que cette détermination a été prise par la Direction médicale de l'Asile, à la suite d'une discussion du Conseil supérieur de l'Assistance publique, de laquelle il paraît résulter que l'Administration de l'Asile reste responsable des actes du malade dont la sortie n'est pas définitive.

« Il y a lieu de regretter très vivement une telle interprétation et il y a lieu de le regretter surtout dans le département du Finistère parceque la proportion des alcooliques y est très élevée et que ce sont surtout ces malades qui devaient en bénéficier. Il était ainsi possible de les initier peu à peu à la récupération intégrale de leur liberté ; ces malades, sachant que leur liberté n'était en quelque sorte que conditionnelle, avaient tout intérêt à se bien conduire, ils étaient obligés de faire d'eux-mêmes un effort pour résister à leur appétition habituelle et le résultat de cette contrainte morale que le malade exerçait sur lui-même pouvait avoir les meilleurs effets.

« L'alcoolique est bien souvent un aboulique, toutes les conditions qui lui donnent l'habitude de soumettre ses impulsions réflexes à l'exercice bienfaisant de sa volonté, ne peuvent avoir pour résultat que de hâter ou de rendre définitive sa guérison.

« Dans ces conditions il serait à souhaiter que la surveillance morale que l'Asile pouvait exercer sur son malade en congé pût être prise en charge par l'Administration à l'endroit du malade guéri ou amélioré, qu'il fût possible par exemple de limiter le périmètre où il serait facile de lui dénier pour un temps le droit de séjourner dans les débits ou d'acquérir des boissons alcooliques.

« De ce rapport, dit M. le Lagriffe nous devons retenir surtout qu'en 1903 le nombre des aliénés a augmenté dans le département du Finistère, et que l'alcoolisme continue d'y faire des ravages croissants.

II. — *Rapport médical et Compte-rendu administratif de l'exercice* 1904 *de l'asile de Dury-lès-Amiens* (Somme), par le Dr René CHARRON, médecin en chef-directeur.

Il nous plait de signaler l'ordre dans lequel notre excellent collaborateur, le Dr Charon, énumère ses doubles fonctions, marquant, comme nous le faisons et comme le font quelques-uns de nos collègues, la prédominance des fonctions médicales. Cela est naturel, logique, de la part du chef d'un établissement consacré aux malades.

Population au 1er janvier 1904, 536 aliénés ; admissions en 1904, 165 ; — sorties, 84 ; — décès, 78 ; — population traitée, 701 ; restants au 31 déc., 539. Augmentation régulièrement progressive des internements. Parmi les admissions, signalons 12 cas de manie alcoolique (H.), 37 cas de *débilité mentale* (18 H. et 19 F.) et 5 cas d'imbécillité (H.), 2 d'idiotie, 2 d'idiotie avec épilepsie.

« Le mouvement des admissions accuse une différence assez

considérable entre les deux sexes. Le nombre des entrées pour les hommes est supérieur de 15 % au nombre correspondant pour les femmes et cet excès porte complètement sur deux formes pathologiques : la *manie alcoolique*, et la *paralysie générale* ; les autres formes morbides se présentant en nombres à peu près égaux chez les deux sexes. »

Le *nombre des guérisons* est exactement le double de celui de 1903 avec la proportion de 21,8 0/0 relativement au nombre total des admissions de l'année. Les améliorations atteignent un chiffre supérieur de quelques unités à celui de 1903 et sensiblement égal à celui des guérisons.

« L'asile, écrit M. Charon, tend de plus en plus à être considéré comme ce qu'il doit être, comme un hôpital, et l'aliénation mentale pour ce qu'elle est, une maladie traitable et guérissable comme toutes les maladies organiques et dépourvues de tout caractère de fatalité et de surnaturel, et il n'est pas défendu d'espérer que le jour approche où l'on ne pourra plus entendre formuler dans le public et encore moins dans les milieux éclairés, cette opinion facile mais absurde que « la folie est incurable », et que l'internement est « une tare morale indélébile ».

« Avec cette évolution de l'opinion, les idées de prophylaxie et d'hygiène psychique, les méthodes de phrénopédie, la nécessité du traitement hâtif des maladies cérébrales, l'amélioration des moyens de traitement dans les Asiles feront leur chemin et les résultats curatifs et préventifs s'accentueront progressivement.

« En particulier pour ce qui concerne l'Asile de Dury, la *création d'un service spécial d'enfants*, permettant d'arracher à la déchéance, de redresser, d'améliorer et de rendre à la vie commune les jeunes débiles et arriérés et d'un service d'admission et d'observation susceptible de favoriser l'hospitalisation rapide et d'assurer le traitement individuel et continu aux adultes de troubles aigus ne manquera pas d'accentuer dans des proportions considérables les résultats curatifs et moraux que l'assistance moderne réclame. » Nous nous associons de tout cœur aux idées exprimées par M. Charron.

Parmi les 78 décès (52 H. et 26 F.), relevons 8 cas de tuberculose pulmonaire.

Dans le Compte administratif de l'exercice 1904, nous trouvons quelques points à relever.

Art. 26. Récréations aux malades : .... 821 fr.

Récréations aux malades..........	821 fr. 05
Crédit alloué......................	1.000 fr. »»
Reste annulé......................	178 fr. 95

Détail de la dépense :

Cinématographe........................	192 fr. »»
Achat de lanternes, ballons pour illuminations et feux d'artifice pour le 14 juillet.	150 fr. 45
Achat de livres de lecture...............	297 fr. »»
Abonnements aux journaux illustrés....	81 fr. »»
Concerts...............................	75 fr. »»
Programme de concerts et menues dépenses................................	25 fr. 60
	821 fr. 05

En donnant les détails de cet article, notre but est de montrer qu'à Dury on s'efforce de rendre le séjour de l'asile aussi agréable que possible aux malades (distractions variées, bibliothèques, etc.). Il est à désirer que nos collègues signalent dans leurs rapports le nombre des livres de la *bibliothèque médicale* et ceux de la *bibliothèque des malades.*

Parmi les améliorations prévues, citons : l'organisation d'une salle de récréations et de conférences, — la construction d'un service d'isolement pour les contagieux (à cet égard, qu'il nous soit permis de rappeler notre pavillon de Bicêtre) ; un pavillon pour enfants idiots des deux sexes. Le plan général de ce rapport et des tableaux statistiques méritent d'être examinés pour un *Rapport modèle.* B.

III. — *Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'épilepsie, l'hystérie et l'idiotie.* Compte-rendu de l'Asile-Ecole de Bicêtre pour 1903. (Tome XXIX), par BOURNEVILLE, avec la collaboration de MM. J. Boyer, Izou, Lemaire, Julien Noir, Paul-Boncour et Mlle Maugeret. In-8 de CLXXIV, — 346 pages, 72 figures et 17 planches. Librairie du *Progrès médical*).

Le *traitement médico-pédagogique* des arriérés et des idiots, quand il est fait avec méthode, par un personnel convaincu, donne des résultats extrêmement intéressants, parfois même inespérés. Il suffit de lire tout le chapitre si suggestif dans ce livre du Dr Bourneville pour être convaincu. Afin d'arriver à ce résultat, que de peine, que de bonne volonté il faut à l'éducateur ! C'est merveille de voir l'ingéniosité déployée pour éveiller cette intelligence qui sommeille, pour profiter du peu qui persiste, pour le développer, l'accroître et en tirer le maximum possible ! Il faut avoir au cœur l'ambition passionnée du devoir pour concevoir et mener une telle œuvre qui fait le plus grand honneur à celui qui l'a créée et dirigée depuis de si longues

années. C'est à elle que le Dr Bourneville consacre toute son énergie, heureux de perfectionner sans cesse son œuvre.

La seconde partie de l'ouvrage est consacrée à la *clinique* et à l'*anatomie pathologique*. Elle commence par un remarquable mémoire sur les différentes formes de *nanisme* et leur traitement par le *corps thyroïde*. Une partie de cette étude a déjà été publiée dans le *Progrès médical* et nous en avons fait connaître



Fig. 1.

dans la *Gaz. méd. de Nantes* les conclusions. Nous trouvons en outre ici l'étude du nanisme mongolien. (*Fig.* 1, 2 et 3) ; du nanisme rachitique (*Fig.* 4 et 5) ; du nanisme avec obésité (*Fig.* 6 et 7), du nanisme diplégique et du nanisme myxœdémateux infantile. (*Fig.* 8 et 9). A lui seul, ce très important mémoire occupe plus de la moitié du volume.

A signaler aussi tout particulièrement une observation d'*épilepsie hémiplégique* avec imbécillité par *sclérose atrophique* hémiplégique, et l'auteur profite de cette observation très intéressante pour établir la différence d'évolution et de pronostic suivant qu'il s'agit d'une encéphalite ou d'une méningo-encéphalite localisée. Cette observation doit être rapprochée d'une autre



Fig. 2. — *Oreille mongolienne.*

observation d'imbécile, avec hémiplégie et épilepsie, et état de mal qui lui sert de contre-partie.

Paul Boncour consacre un intéressant chapitre aux *modifications craniennes* consécutives aux *atrophies cérébrales unilatérales* (hémiplégie cérébrale infantile). Il montre que toutes les fois qu'un hémisphère est atrophié, la paroi correspondante est augmentée d'épaisseur. Le crâne, chez l'hémiplégique infantile, pré-

sente de très nombreuses asymétries que l'auteur met en lumière et explique.

Enfin, ce volume contient des statistiques variées et toutes pourvues d'un haut intérêt pratique et scientifique : l'*action de l'alcoolisme* sur la production de l'idiotie et de l'épilepsie ; l'absence relative du thymus chez les enfants anormaux ; l'extrême rareté de la *synostose du crâne* chez les idiots et les épileptiques ;



Fig. 3. — *Main idiote* (Mongolienne).

le rôle de la *consanguinité* dans l'étiologie de l'hystérie, de l'épilepsie et de l'imbécillité ; la *persistance de la suture* métopique ; l'influence des *professions insalubres* sur la production des maladies chroniques du système nerveux ; l'*inégalité de poids des hémisphères cérébraux et cérébelleux*, tels sont les principaux chapitres de ce volume, très richement documenté et digne en tous points de ses devanciers. (*Gazette médicale de Nantes* du 15 avril 1904, n° 15).

C. Miraillé.

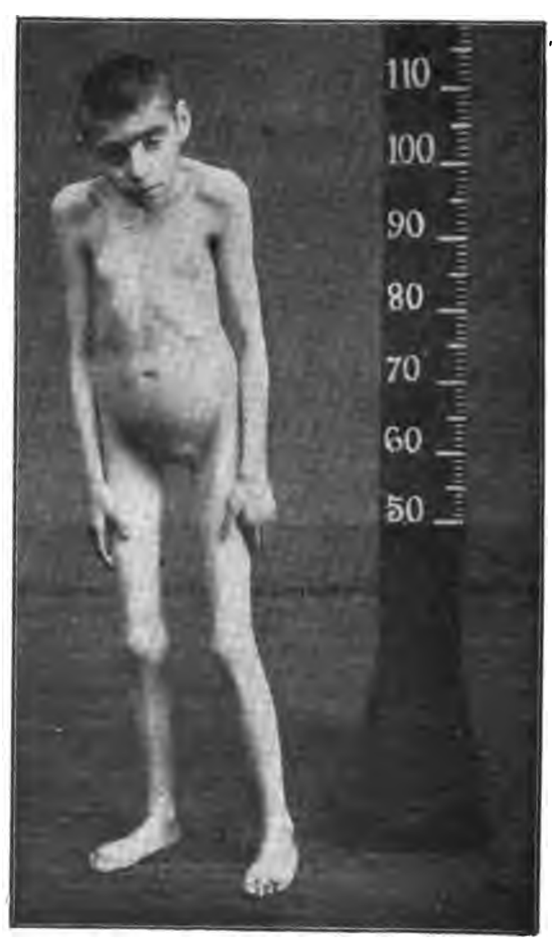


Fig. 4. — *Nanisme rachitique.* — 18 ans. Taille de 1 m. 18 au lieu de 1 m. 56 (taille moyenne).



Fig. 5. — *Nanisme rachitique.*



Fig. 6. — *Nanisme avec obésité.* — 16 ans. Taille de 1 m. 34 au lieu de 1 m. 52 (taille moyenne).



Fig. 7. — *Nanisme avec obésité.*



Fig. 8. — *Nanisme myxœdémateux.* — 4 ans. Taille de 74 cent. au lieu de 91 cent. (taille moyenne).



Fig. 9. — *Nanisme myxœdémateux.*

IV. — *Les neurasthénies* ; par le Dr Godlewski. Maloine, éditeur, 1904.

Le livre de M. Godlewski est une œuvre fort complète tant au point de vue clinique qu'au point de vue thérapeutique. Un premier chapitre passe en revue les causes générales et individuelles de la neurasthénie. Les symptômes sont ensuite étudiés avec leurs caractères particuliers : céphalée, insomnie, dépression cérébrale, impressionnabilité, agoraphobie, anxiété, asthénie neuromusculaire, troubles digestifs, vertiges, troubles de la sensibilité générale, troubles circulatoires, tension artérielle, troubles de la vision et de l'ouïe. Nous ne suivrons pas l'auteur dans l'examen de chacun de ces symptômes classiques, disons cependant qu'ils sont remarquablement décrits avec un sens clinique parfait.

La pathogénie de l'état neurasthénique repose avant tout sur la *prédisposition héréditaire* et secondairement sur les *phénomènes d'intoxication et surtout d'auto-intoxication.* Ce sont ordinairement les *toxines provenant de troubles digestifs* qui viennent impressionner les éléments nerveux, mais les *poisons dus à la fatigue et aux émotions* viennent aussi jouer leur rôle.

M. Godlewski insiste beaucoup sur le fait que la prédisposition à la neurasthénie est édifiée sur le *terrain arthritique.* Dans la grande majorité des cas, l'acide urique a été trouvé en excès dans l'urine ainsi que l'acidité générale. Ce ne sont pas les vrais goutteux, dont l'acide urique se fixe dans les articulations, qui sont le plus souvent atteints de cette affection, ce sont les arthritiques dont l'acide urique séjourne dans le sang, les uricémiques. L'apparition d'un eczéma peut faire disparaître comme par enchantement les symptômes neurasthéniques.

La neurasthénie croît avec le surmenage intensif qui accompagne l'extrême civilisation. Pour ne pas succomber, il faut savoir régler sa vie, se reposer à temps et prendre de l'exercice indispensable aux échanges et aux fonctions éliminatrices de nos organes. Darwin, qui a travaillé pendant quarante ans malgré une santé chancelante, passait son temps entre son cabinet de travail et son jardin. L'usage des purgatifs est à recommander ; c'est cette méthode éliminatrice qui permettait à nos ancêtres de se livrer à des écarts de régime sans devenir goutteux ou neurasthéniques.

Le traitement des neurasthéniques est d'une importance considérable en raison des difficultés à surmonter. Le médecin peut, par son influence morale, contribuer puissamment à la guérison ; aussi doit-il non seulement posséder à fond son art, mais encore être doué d'un tact médical parfait. Ces malades étant le plus souvent des gens intelligents et instruits ne donnent leur confiance qu'à bon escient. Il faut réveiller leur énergie, activer leur

volonté, calmer leur impressionnabilité, atténuer leurs préoccupations et leur anxiété.

L'hygiène alimentaire mérite une notion spéciale : les œufs donneront le phosphore dont le cerveau a besoin ; le régime végétarien diminuera l'intoxication alimentaire, mais ces principes sont subordonnés à l'état des fonctions digestives (hyperchlorhydrie ou hypochlorhydrie).

L'examen de la tension artérielle permet de savoir si on se trouve en présence d'un intoxiqué dont la circulation renferme des toxines, du chlorure de sodium ou de l'acide urique en excès (hypertension) ou si l'on a à soigner un vrai déprimé du système nerveux (hypotension). Dans le 1er cas : régime lacté ou lacto-végétarien, purgatifs légers, lavages du gros intestin, amélioration du fonctionnement de la peau, trinitrine, nitrite de soude, eaux naturelles diurétiques. Dans le second cas, il est, au contraire, nécessaire de favoriser la nutrition, de stimuler le système nerveux, d'activer les fonctions musculaires et les sécrétions glandulaires. Le massage, l'hydrothérapie, l'électrisation, les bains de lumière, la cure d'altitude, viendront compléter l'action des toniques tels que strychnine, glycéro-phosphate, lécithine, hypophosphites.
R. Leroy.

V. — *Les aliénés par alcoolisme en Savoie* ; par Dumas et Levet.

Dans le rapport médical de l'Asile de Chambéry pour 1904, les médecins de cet établissement ont recherché les rapports existant entre la consommation alcoolique de la Savoie et le développement de l'aliénation de ce pays depuis l'annexion (1861). Alors que pendant cette période de 44 ans, la population de la Savoie passait de 275.000 à 254.000 habitants, le nombre des aliénés de Bassens s'élevait de 300 à 700 malades, la moyenne des admissions annuelles de 90 à 170, et la moyenne des décès de 30 à 90.

Il n'est pas donné d'observer à l'Asile des cas nombreux d'intoxication alcoolique aiguë : le delirium tremens avec ses caractères hallucinatoires classiques n'y est pas habituel. Ce qu'il y a de terriblement fréquent, c'est l'intoxication, ancienne, lente, continue, se traduisant cliniquement par des formes bâtardes et torpides d'aliénation aboutissant vite à la chronicité par démence précocement vésanique.

Chez ces malades, à leur admission, on retrouve, surajoutés à la forme mentale pour laquelle on les a internés, les signes psychiques et physiques de l'intoxication alcoolique s'atténuant en quelques jours et laissant alors, au premier plan, des formes d'aliénation qu'on pourrait appeler *para-alcooliques*.

La plupart de ces malades ont un aspect las, fatigué, et présentent des lésions artérielles ou myocardiques ou rénales. Ce sont

des infirmes, incapables d'un travail régulier et sujets à une mortalité considérable.

Il en résulte pour l'Asile : 1° une plus grande mortalité ; — 2° une diminution du nombre d'aliénés dont la main-d'œuvre peut être utilisée ; — 3° un accroissement des dépenses d'entretien ; — 4° une augmentation du prix de journée ; — 5° la nécessité de substituer les moyens mécaniques au travail manuel dans les services généraux. R. LEROY.

CORRESPONDANCE

Le personnel médical et le personnel secondaire des asiles : Assistance des enfants arriérés.

Quimper le 16 décembre 1904.

Mon cher Maître,

J'éprouve une véritable satisfaction à apporter mon modeste contingent aux renseignements que vous voulez bien demander à vos collègues des asiles, et c'est avec la plus entière franchise que je répondrai à votre questionnaire.

Et tout d'abord je pose en principe qu'en l'état actuel des choses, il est impossible de faire une comparaison entre ce qui se passe dans les asiles de la Seine et la situation faite aux asiles de province ; je dis mieux, il me paraît qu'un jugement équitable ne peut être porté sur les asiles de province que par des hommes ayant mis la main à la pâte, ayant éprouvé les difficultés que nous rencontrons sur notre route, et cherché, en toute conscience, les moyens de les surmonter ; tout, en effet, est ici subordonné à notre prix de journée, et il s'agit, avec 1 fr. 05 par jour, d'assurer la marche normale de tous les services de l'établissement ; c'est pourquoi à votre question de savoir si le personnel médical de l'asile est suffisant ou non, je suis tenté de vous répondre par ce chiffre : 1 fr. 05 par jour. Tout est là, en effet, et donnez-nous de l'argent, nous ferons, comme dans la Seine, de petites merveilles, nous améliorerons nos installations matérielles, le régime des malades, la surveillance de jour et nuit, la situation du personnel, le bien-être général en un mot, et notre mission ne nous donnera que des satisfactions là où elle ne nous ménage parfois que des déboires.

Et pour m'en tenir à l'asile de Quimper, où d'ailleurs, je dois e déclarer, l'administration départementale s'est toujours mon-

trée satisfaite de mes services, peut-on seulement envisager la possibilité d'une augmentation du personnel médical, alors même que cette augmentation deviendrait une impérieuse nécessité ? Avec un budget que l'augmentation considérable du prix des farines va probablement clore par un déficit en fin d'exercice 1905, comment proposer la création d'un second poste de médecin-adjoint, ce qui n'est pas d'ailleurs indispensable pour une population de 600 malades ; où trouver un crédit pour assurer sa solde, un logement pour sa famille. Le titulaire est à 2.500 fr. ; supposons-le à la classe exceptionnelle à 4.000 fr., ainsi que le collègue dont nous envisageons l'existence, cela fait une augmentation de 6.100 fr., à laquelle notre budget ne pourrait suffire. Je sais bien que s'il s'agissait de diviser les fonctions médico-administratives, comme cela paraît malheureusement devoir devenir la règle, on trouverait sans hésitation les fonds nécessaires, dût-on relever de quelques centimes le prix de journée ; mais cet effort, l'administration départementale ne le fera pas pour assurer la création d'un nouveau poste de médecin-adjoint ; elle n'y consentira que s'il ne doit en résulter pour elle aucune charge nouvelle dans le budget départemental.

Et d'ailleurs de quel secours nous serait un nouvel adjoint si des règlements surranés continuent à le tenir en tutelle au point de vue médical, s'il ne lui est permis de signer aucun certificat, d'engager en aucun cas sa responsabilité personnelle ?

Comment compter sur ses services, sur sa connaissance des malades si, dès la nouvelle d'un poste vacant dans un centre moins déshérité que ne l'est Quimper, il obtient sans la moindre difficulté son changement pour être remplacé par un nouveau venu dans l'asile, absolument ignorant du délire des malades, de leur individualité propre, de leurs antécédents, de leurs tendances, et aussi des relations déjà engagées avec les familles ?

Ainsi le service médical serait assuré d'une façon satisfaisante à l'asile de Quimper si la situation du médecin-adjoint n'était pas aussi effacée que les règlements le comportent, si nous pouvions confier à ses soins la moitié de nos malades, s'il lui était permis d'en prendre la charge et la responsabilité, en un mot s'il avait le droit de signer un certificat, celui-ci dût-il être contresigné par nous.

En demandant la multiplication du nombre des médecins en chefs, nos collègues de la Seine commettent une imprudence, et ils risquent de compromettre la carrière des asiles ; sans doute on leur donnera satisfaction, leur avis faisant autorité, mais un jour viendra où des conseils généraux se refuseront à assurer le traitement de ces fonctionnaires sur les bases actuelles, et les asiles en arriveront à être administrés comme les hôpitaux avec un directeur laïque qui seul sera logé et bien rétribué, et des médecins qui

seront non plus appointés, mais faiblement indemnisés et à leurs frais, logeront en ville, où ils auront toute liberté de faire de la clientèle.

Quant à l'interne, il est certain qu'il ne peut à lui seul assurer le service de garde ; il nous en faudrait deux, et c'est là une création que j'espère bien réaliser un jour. Il est recruté sans concours, et c'est fort heureux, car le concours, avec le travail qu'il demande et les hasards qui l'accompagnent, ne pourrait qu'éloigner de nous les candidats. Il en serait tout autrement si leur recrutement s'opérait par des concours régionaux dans les centres de facultés ou écoles de médecine comme cela se pratiquait autrefois pour les médecins-adjoints ; ils choisiraient leur poste dans l'ordre d'admission, et, en possession d'un titre obtenu par le concours, ils ne croiraient plus déchoir en venant à l'asile de Quimper s'ils avaient la promesse d'obtenir, après un an ou deux de présence, les postes vacants dans les asiles de facultés.

Nous n'avons pas de chirurgien, l'asile est attenant à l'hôpital dont le chirurgien se mettrait volontiers à notre disposition en cas d'événement.

Nous n'avons pas davantage de pharmacien ; c'est une de nos 5 religieuses qui assure ce service ; je sais bien que c'est là une lacune et qu'un interne en pharmecie serait tout indiqué ; mais le trouverions-nous ? Ou si nous confions la pharmacie aux internes en médecine, sans expérience dans la préparation des prescriptions pharmaceutiques, souvent distraits, pourrions-nous avoir confiance dans leur travail ?

Pour en terminer avec les questions relatives au personnel, je crois devoir ajouter que, dans la session d'août dernier, j'ai obtenu du conseil général l'allocation d'une indemnité familiale pour tout le personnel et d'une retraite pour les infirmiers : du nombre total des enfants, quel que soit leur âge, on retranche 2 et l'indemnité est allouée à tous les autres enfants : 1° de moins de 13 ans pour les préposés, servants et ouvriers : 2° de moins de 18 pour le personnel médical et les employés versant à la caisse départementale des retraites ; l'indemnité est de 2 fr. 50 par mois pour les enfants de la 1re catégorie, de 8 fr. par mois pour les enfants de la 2e catégorie. La position de reposant disparaît pour être convertie en une retraite de 400 fr. par an à 60 ans d'âge.

Enfin les cadres et les traitements du personnel des bureaux, des employés et agents, ont été établis sur des bases fixes qui donnent à tous la notion exacte de l'avenir réservé à leur carrière.

Reste la question des *enfants idiots et épileptiques* ; nous en avons treize de cette catégorie sur un total de vingt-deux enfants; tout est à créer pour leur éducation, et c'est une œuvre à laquelle

nous avons déjà donné une première impulsion ; sur notre demande le conseil général a approuvé en effet dans sa séance du 25 août dernier notre projet de construction d'un quartier d'enfants et adolescents ; le devis s'élève à 38,000 fr. ; la dépense sera entièrement supportée par l'asile, qui dès ce moment peut y consacrer 20.000 fr. ; le surplus sera prélevé sur les reliquats des exercices futurs ; les plans soumis au comité des inspecteurs généraux ont été jugés bien établis, et j'espère pouvoir passer bientôt à l'exécution. Dans ma pensée, ce n'est là d'ailleurs que l'amorce d'une installation plus complète, qui comprendrait l'éducation des pupilles de l'assistance publique difficiles ou vicieux mis à la charge des départements par la loi du 28 juin 1904.

En terminant, qu'il me soit permis de souhaiter que notre excellent maître n'oublie pas, dans son rapport à M. le ministre de l'Intérieur, d'appeler la bienveillante attention de l'administration supérieure sur les *retraites* des médecins des asiles, admise ici, refusées là, entourées parfois de restrictions, comme dans le Finistère. Il me paraît aussi que les asiles s'honoreraient de porter, non plus des noms sanctifiés dans le calendrier, mais des noms de maîtres vénérés dans la science des maladies mentales ; n'est-il pas au moins étrange que, pour donner à l'asile de Quimper le nom de son fondateur Follet, on l'ait placé sous l'invocation de Saint Athanase parce que Athanase était le prénom de Follet ?

Dr Meilhon,
Médecin-directeur de l'asile de Quimper.

VARIA

Ambidextérité.

Le dernier mot n'a pas encore été dit sur l'éducation ambidextre, dont M. Tadd s'est fait l'avocat. Que l'ambidextérité ne soit pas nécessairement ou normalement combinée avec une intelligence supérieure, cela semble indiqué par une communication faite récemment à un journal pédagogique et établissant que les enfants d'un asile d'aliénés sont plus fréquemment ambidextres que les enfants normaux (1). Un peu plus de lumière vient d'être apporté dans cette question, et semble révéler un danger qui résul-

(1) A l'*Institut médico-pédagogique*, nous avons actuellement 9 *ambidextres* ; — à Bicêtre, sur 438 garçon, snous avons 9 ambidextres et à la Fondation Vallée, sur 228 filles, pas d'ambidextres (B.)

terait de l'éducation de la main : M. Smedley, directeur du *Child-Study department* ou *Board of Education*, de Chicago, a remarqué qu'un grand nombre d'enfants gauchers, auxquels on s'efforçait d'apprendre à se servir de la main droite, avaient des défauts d'élocution.

Un article du *The Leisure Hour*, du mois d'octobre, traitant des observations de M. Smedley, a montré qu'il y avait une corrélation entre cette remarque du directeur de l'*Etude de l'enfant* et ce que l'on sait sur la localisation des fonctions dans le cerveau. Le centre nerveux qui contrôle la parole est étroitement associé avec celui qui contrôle les mouvements de la main droite, dans l'hémisphère gauche du cerveau. Mais chez un gaucher de nature, l'hémisphère droit semble contrôler la parole aussi bien que les mouvements de la main gauche. Quand on essaie d'éduquer la main droite — ce qui implique l'exercice de l'hémisphère gauche — il semble que le côté supérieur (le gauche ici) en souffre, et qu'il s'en suive un affaiblissement du pouvoir de s'exprimer. La parole étant si intimement liée au langage écrit, et le son à l'image-lettre, on peut assez naturellement s'attendre à quelque confusion lorsque, dans l'écriture, une main est substituée à l'autre. Mais il serait bon de savoir plus précisément à quel défaut d'élocution il est fait allusion, et quelle forme particulière d'exercice de la main semble l'avoir causé. En attendant, il est peut-être utile de remarquer que, bien que l'usage de la main droite puisse être purement artificiel et conventionnel — ce qui est, pour ne pas dire plus, discutable — la parole peut être aussi également artificielle et conventionnelle, et que, en certaines circonstances, agir sur l'une de ces deux « conventions » implique une action sur l'autre.

Deux faits — ou qui semblent tels — paraissent conduire à la conclusion que la main droite est la main normale et que le plus grand usage qu'on en fait est conforme aux lois physiologiques. Ces faits, nous les empruntons aux savants et les exposons dans la langue imprécise d'un ignorant : le premier est que, à cause de la position du cœur, et des artères qui nourrissent le cerveau, le sang arrive à l'hémisphère gauche par une route un peu plus courte que celle qui conduit à l'hémisphère droit. Ceci semble indiquer un avantage, peut-être considérable, pour le côté gauche, en énergie nerveuse, lequel implique naturellement un avantage correspondant pour les muscles du côté droit du corps. Le second fait qui se présente comme un corollaire du premier, est connu depuis peu : la température du côté gauche de la tête est nettement supérieure à celle du côté droit. Il serait intéressant de savoir si ces faits se vérifient chez les enfants gauchers. Dans tous les cas, il semble apporter une justification à notre habitude d'exercer normalement la main droite ; et quelle que soit l'éducation

que nous puissions donner à la main gauche, cette éducation ne devrait pas viser à lui donner une dextérité égale à celle de la main que la nature a le mieux douée sous le rapport de l'énergie nerveuse. (Traduit du *Pratical Teacher*, par Gaston Mouchet. *Manuel général de l'Instruction primaire*, 1902, n° 6).

A Bicêtre, dans la section des enfants arriérés et épileptiques, nous avons trouvé, sur 438 garçons, 9 *gauchers* et 9 *ambidextres*.

A la Fondation Vallée, sur 228 fillettes, 7 *gauchères*, et pas d'*ambidextres*.

UN FOU QUI RÉSISTE A LA GENDARMERIE DEPUIS HUIT JOURS.

Sous ce titre : « Un nouveau fort d'Usseau », le *Journal* du 20 juin relate le fait suivant :

« Le 17 novembre dernier, un sieur Meley, propriétaire à Leymieux (commune de Chagnon), près de Rive-de-Gier, tirait, sans provocation aucune, deux coups de revolver sur le sieur Joassardi, son fermier. La gendarmerie ouvrit une enquête et saisit deux revolvers de gros calibre ; mais Meley, examiné par un médecin, fut reconnu *atteint d'aliénation mentale et laissé en liberté*. Le 8 juin, Meley tirait plusieurs coups de fusil sur son voisin, le sieur Choret. La gendarmerie de Grand-Croix se présenta chez le propriétaire pour l'arrêter ; mais elle trouva la porte barricadée et des voisins l'avisèrent que Meley montait la garde dans sa propriété, le fusil à la main,

« Meley est abondamment pourvu de munitions ; quant aux vivres, c'est sa sœur qu'il a obligée à partager le même sort, qui les lui fournit en quittant la maison assiégée la nuit. Depuis le 8 juin, Meley est enfermé et les gendarmes se demandent s'ils en arriveront à bout par la patience. La préfecture et le Parquet vont sans doute prendre les mesures réclamées par les voisins terrorisés ».

Si de tels scandales se produisent, la faute en incombe le plus souvent à l'Administration. Pourquoi cet homme reconnu atteint *d'aliénation mentale* a-t-il été laissé en liberté ? Probablement parce que la famille, la municipalité, le Préfet ne veulent pas faire ce qu'il y a à faire : l'hospitaliser, le soigner s'il est *propriétaire*, on n'aurait pas dû hésiter.

Toutes les dépenses qu'occasionnent la situation nouvelle sont faites en pure perte, elles auraient été mieux employées à payer les frais de journée à l'asile. Pour ne pas exposer à de graves accidents de braves gens, il n'y a qu'à faire l'isolement autour de la maison, empêcher le

ravitaillement, le calme reviendra et on pourra s'emparer du malade. Utiliser les pompiers à l'occasion ; faire intervenir un ami, un parent du malade ; user de ruse.

Aliéné incendiaire.

Le *Semeur de l'Oise* du 16 juin raconte que, à La Neuville-Vault, un incendie a détruit divers bâtiments appartenant à M. Pierre Pelletier, cultivateur, qui éprouve une perte de 3.950 francs. L'incendiaire est le fils de M. Pelletier, René-Ceorges, âgé de 26 ans. Le jeune homme, *qui ne jouit pas de ses facultés mentales*, a été interné à la maison d'aliénés de Clermont. — Mieux eût valu maintenir l'hospitalisation, à l'avantage du malade et de la *propriété*. Tant qu'il n'y a eu que sa *santé* en jeu, il semble qu'on n'en ait eu cure qu'imparfaitement ; son attentat contre la *propriété* le fait interner. On le soignera tout de même, mais avec moins de chance de guérison.

Un fou brulé vif.

A Saint-Germain. — Comment les sœurs surveillent les malades ? — On avait amené, mercredi soir, à l'hôpital de Saint-Germain-en-Laye, un habitant de Rueil frappé d'aliénation mentale, nommé Jean-Louis-Patriarche, âgé de trente-six ans. Le malade fut enfermé dans un cabanon et placé sous la surveillance de la sœur Sainte-Augustine. Vers huit heures, celle-ci fut remplacée à son poste par la sœur Marie-Thérèse.

Dans la soirée, en faisant une ronde, un surveillant vit de la fumée s'échapper du cabanon. Il donna l'alarme, on ouvrit la porte, et l'on trouva Patriarche étendu sur son lit en flammes, à demi-asphyxié et déjà grièvement brûlé : le malheureux fou avait mis le feu à sa paillasse de varech avec une allumette oubliée dans ses poches. Son état fut jugé des plus graves.

M. Carré, commissaire de police, a ouvert une enquête et a informé le parquet de Versailles. (Le *Radical*, du 14 mai.)

XVe Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française.

Ce Congrès se tiendra cette année à Rennes du 1er au 7 août, sous la présidence du Dr A. Giraud, médecin-directeur de l'Asile d'aliénés de Saint-Yon (Seine-Inférieure). — Adresser le plus tôt possible les adhésions avec le montant des cotisations, à M. le Dr J. Sizaret, secrétaire général du Congrès, médecin en chef de l'Asile d'aliénés de Rennes. Voir pour plus de détails le n° de janvier, page 77. — Nous invitons dès maintenant les auteurs des communications à ce Congrès de nous en envoyer un *résumé* avant le 1er août.

FAITS DIVERS

Assistance des épileptiques. — Au cours d'un accès d'épilepsie, Henri David, 25 ans, cultivateur à la Chapelle-Basse-Mer, est tombé dans la Bovie et s'est noyé. (*Bonh. normand*, juin).

Asile public d'Aliénés de Lesvellec (près Vannes). — Deux places d'interne titulaire en médecine et deux places d'interne provisoire sont actuellement vacantes à l'Asile public d'Aliénés de Lesvellec. Les candidats sont invités à produire à l'appui de leur demande : 1° Un extrait de naissance ; 2° Un certificat d'inscriptions de doctorat, au nombre de 12, au moins ; 3° Un certificat des examens subis et, s'il y a lieu, du stage qu'ils ont pu faire dans un asile. (Cette dernière condition n'est pas indispensable.)

Les internes sont nommés par M. le Préfet du Morbihan, sur la présentation du directeur, pour une durée de trois ans. Ils auront, pendant la durée de leur Internat, toutes facilités pour se présenter aux examens du doctorat auxquels ils seront astreints. Les avantages consistent en : nourriture (table de 1re classe du régime des asiles), logement, éclairage, chauffage, blanchissage et une indemnité annuelle de 700 francs. Les docteurs en médecine peuvent poser leur candidature à l'internat. Les internes, devenus docteurs, continuent leurs fonctions s'ils le désirent. Les internes provisoires remplacent, en cas d'absence ou d'empêchement, les titulaires avec tous leurs avantages. Les demandes doivent être adressées à M. le directeur de l'Asile de Lesvellec (Morbihan).

Asile d'aliénés de Naugeat (Haute-Vienne). — Une *place d'interne* est vacante dans cet asile. Les demandes de nomination doivent être adressées à M. le Dr Broquière, médecin directeur, et appuyées : 1° d'un certificat constatant que les postulants ont au moins dix inscriptions ; 2° d'un certificat de moralité. — Les nominations sont faites pour trois ans. Les élèves internes reçoivent, à l'asile de Naugeat, un traitement annuel de 800 fr. ; les avantages en nature comportent la nourriture, le chauffage, l'éclairage et le blanchissage.

Asiles d'aliénés de France. — Dans la première quinzaine de mars 1906, aura lieu un *concours pour les médecins-adjoints des asiles publics d'aliénés.*

Nouveau journal. — Nous venons de recevoir le n° 1 de la première année des *Archivos Brasileiros de psychiatria, neuro-*

logia e Sciencias affinas, fundados pelos Dr Juliano Moreira e afranio Peixoto, publia dos no Hospias national de alienados. Rio de Janeiro, Brazil, 1905. Nous adressons nos souhaits de prospérité aux nouvelles *Archives*.

AVIS A NOS ABONNÉS. — *L'échéance du 1er JUILLET étant l'une des plus importantes de l'année, nous prions instamment nos souscripteurs, dont l'abonnement cesse à cette date, de nous envoyer le plus tôt possible le montant de leur renouvellement. Ils pourront nous adresser ce montant par l'intermédiaire du bureau de poste de leur localité, qui leur remettra un reçu de la somme versée. Nous prenons à notre charge les frais de 3 o/o prélevés par la poste, et nos abonnés n'ont rien à payer en sus du prix de leur renouvellement.*

Nous leur rappelons que, à moins d'avis contraire, la quittance de réabonnement leur **sera présentée, augmentée des frais de recouvrement,** *à partir du* **15 juillet**. *Nous les engageons donc à nous envoyer* **de suite** *leur renouvellement par un mandat poste.*

Afin d'éviter toute erreur, nous prions également nos abonnés de joindre à leur lettre de réabonnement et à toutes leurs réclamations la BANDE de leur journal.

— *Nous rappelons à nos lecteurs que l'abonnement collectif des* **Archives de Neurologie** *et du* **Progrès Médical** *est réduit à* **28 francs** *pour la France et* **30 francs** *pour l'Etranger.*

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

CHARMONT (P.). — Lois d'assurances sociales et ouvrières allemandes et établissements thérapeutiques créés par les caisses d'assurances en Allemagne. 1 vol. In-8° de 226 pages. Storck, libraire à Lyon.

COUETOUX (R.). — Thérapeutique aérienne antiseptique. In-8° de 36 pages. Imp. centrale Le Mans.

CROS-MAYREVIELLE. — L'assistance publique à Narbonne au XVIII° siècle et les mémoires de Charles de Ballainvilliers. In-8° de 32 pages. Imp. E. Cailliard à Narbonne.

CROUZON (O.). — Epilepsie jacksonienne du type facio-brachial. In-8° de 4 pages. Imp. Thevenot, St-Dizier.

Le rédacteur-gérant : BOURNEVILLE.

Clermont (Oise). — Imprimerie Daix frères.

Vol. XX Août 1905 N° 116

ARCHIVES DE NEUROLOGIE

CLINIQUE NERVEUSE

Sur un cas de lésion de la queue de cheval par tuberculose sacrée ;

Par le Dr ITALO ROSSI.
(Travail du Laboratoire de la Clinique du Pr RAYMOND.)

Dans la littérature neurologique qui traite des affections de la queue de cheval, l'ostéite tuberculeuse du sacrum comme facteur étiologique de cette affection est très rarement citée. Dans la thèse de Dufour (1) parue en 1896, sur les lésions de la queue de cheval, où l'auteur expose ses recherches statistiques sur la nature de l'élément étiologique, un cas seulement de tuberculose y est mentionné. Un cas d'ostéite tuberculeuse du sacrum avec pachyméningite caséeuse, comprimant les racines de la queue de cheval, a été publié en 1901 par Cestan et Babonneix (2). Bartels (3) dans son travail paru en 1903 sur les lésions de la queue de cheval, à la suite de tuberculose de la symphyse sacro-iliaque et du sacrum, le cite comme le seul cas, jusqu'alors publié et confirmé à l'autopsie, de pachyméningite caséeuse secondaire à la tuberculose du sacrum comprimant la queue de cheval. Les chi-

(1) DUFOUR. — Contribution à l'étude des lésions des nerfs de la queue de cheval et du cône terminal, 1896.
(2) CESTAN et BABONNEIX. — Quatre observations de lésions des nerfs de la queue de cheval. (*Gazette des Hôpitaux*, 1901, n° 19, p. 169.)
(3) BARTELS. — Ueber Erkrankung der Cauda equina im Gefolge von Tuberculose der symphysis sacroiliaca und der angrenfenden Beckenknochen. (*Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medicin und Chirurgie*, 1903, XI Bd.)

rurgiens nous démontrent cependant que la tuberculose du sacrum est bien loin d'être rare, qu'elle soit propagée au sacrum par la symphyse sacro-iliaque ou par un foyer tuberculeux des dernières vertèbres lombaires, soit que, comme Lannelongue le fait observer, les altérations du sacrum soient produites par un abcès migrateur émanant d'un foyer tuberculeux lombaire ; de façon qu'il ne devrait pas être si exceptionnel que la tuberculose traverse toute l'épaisseur de l'os et que, soit par une pachyméningite, soit par un abcès, elle produise la lésion des racines de la queue de cheval.

Le fait que, dans la littérature chirurgicale ancienne sur des cas de tuberculose sacrée ou lombo-sacrée, on parle si rarement, tant au point de vue clinique qu'anatomo-pathologique, de lésion de la queue de cheval, relève peut-être moins de la rareté de cette complication que de ce que l'attention des observateurs était peu attirée sur les phénomènes nerveux intervenant dans cette localisation de la tuberculose.

Bartels fait également observer qu'au point de vue neurologique, il y avait bien des éléments qui permettaient de porter un diagnostic ; on n'explique pas, en effet, les troubles sphinctériens, on parle d'atrophie des membres inférieurs sans en chercher la cause dans la maladie des racines, on ne fait pas d'examens précis de la sensibilité et de la motilité, qui peut-être auraient permis le diagnostic ; l'hospitalisation plus fréquente de ces malades dans les services de chirurgie explique aussi le manque d'observations détaillées au point de vue du système nerveux.

Cependant dans les traités de chirurgie publiés postérieurement, comme celui de Lannelongue, et dans la thèse de Conta (4) publiée en 1887, la question de la possibilité de la lésion de la queue de cheval par tuberculose sacrée, lombo-sacrée ou même lombaire est envisagée : mais les autopsies confirmant et prouvant cette complication de l'ostéite tuberculeuse font encore

(4) CONTA. — Du mal de Pott au-dessous de la moelle chez les enfants et de ses conséquences au point du vue de l'accouchement. *Thèse de Paris*, 1887.

défaut, ou elles sont très rares et bien loin d'être démonstratives ; j'en ai pu trouver seulement deux cas et cela dans la thèse de Conta : mais ici encore, l'autopsie se limite à constater la présence dans le canal lombo-sacré de masses caséeuses, l'épaississement de la dure-mère qui dans un des deux cas est dite présenter des tubercules agglomérés contenant de nombreuses cellules géantes. Dans le même cas, les racines de la queue de cheval n'offraient pas de lésions (examen par dissociation) ; dans l'autre cas on ne parle pas de l'état des racines. C'est donc avec raison que Bartels, dans son remarquable travail, dit que l'anatomie pathologique de la lésion de la queue de cheval par tuberculose sacrée ne peut pas être décrite d'après les autopsies publiées, car dans le cas publié par Cestan et Babonneix, il est simplement dit, au point de vue anatomo-pathologique, que l'autopsie a montré l'existence d'une ostéite tuberculeuse du sacrum avec pachyméningite caséeuse comprimant les racines de la queue de cheval.

La description qu'on donnait, dans les observations et les traités de chirurgie, de cette complication nerveuse et de sa symptomatologie est naturellement incomplète par rapport à celle que nous ont donnée les études ultérieures de Raymond et d'autres auteurs sur les affections du conus et de la queue de cheval. A la suite, ont été publiées quelques observations cliniques complètes sur la lésion de la queue de cheval consécutive à la tuberculose sacrée, lombo-sacrée, ou lombaire, toutefois de telles observations mêmes récentes, sont encore assez rares ; j'en ai pu recueillir une de Dufour (1), une de Cestan et Babonneix (2), une de Bregmann (5), et deux de Bartels (3). Peut-être la rareté d'observations, même purement cliniques, de ce genre dépend encore du fait que ces malades sont pour la plupart hospitalisés dans des cliniques chirurgicales. Maintenant que nous avons des connaissances plus complètes de la symptomatologie de la queue de cheval et que l'attention des neurologistes est attirée par les

(5) Bregmann. — Ein Fall von Caudaerkrankung auf tuberculöser Basis-Pamietnik towartystwe lekarskiego (Jahresbericht für Neur. und Psychiatrie, 1901, 497.)

travaux cités plus haut, sur la possibilité de la tuberculose sacrée ou lombo-sacrée comme facteur étiologique de cette affection, il est à prévoir que les observations du même genre seront plus nombreuses.

Jusqu'ici toutefois, on est dans le droit de penser que si la tuberculose des dernières vertèbres lombaires ou du sacrum est assez fréquente, la complication de lésion de la queue de cheval, surtout dans la tuberculose sacrée isolée, est un fait rare ; pour ce fait et pour la raison qu'il n'existe pas d'autopsie avec examen histologique confirmant cette complication, je crois intéressant de rapporter ici l'étude d'un cas de tuberculose sacrée avec lésion secondaire de la queue de cheval.

Observation clinique (résumée d'après les notes prises dans le service de la Clinique). M. W., 39 ans, mécanicien, entré à la Salpêtrière, service du Prof. Raymond, salle Pruss, en janvier 1902.

Antécédents héréditaires. — Père mort à 48 ans hydropique (ascite et œdème de membres inférieurs), il était très éthylique, très nerveux et rhumatisant. Mère morte à 58 ans, cardiaque. Deux frères morts à 39 et 38 ans de laryngite ulcéreuse chronique ; une sœur morte en couches.

Antécédents personnels. — Pas d'autres maladies qu'une rougeole et une variole dans l'enfance et deux écoulements, l'un à 19 ans, l'autre au service militaire. Tempérament nerveux, emporté, mais sans crises, 3 ans de service militaire ; étant au service militaire il a eu deux fortes hémoptysies, la première après l'ascension rapide d'un escalier ; il vomit le sang à flots ; les jours suivants il aurait continué à en cracher. Mis à l'infirmerie pendant quelques jours, il fut soigné par l'application de ventouses, puis reprit son service. Deux mois après, nouvelle hémoptysie très abondante en faisant son lit. Ces deux hémoptysies ne se sont accompagnées ni d'amaigrissement ni d'affaiblissement ; n'a pas été réformé, mais il fut incorporé à l'infirmerie. Depuis sa sortie du régiment, il exerce son métier de mécanicien-forgeron, sans fatigue. Il y a 7 ans, il se surmena beaucoup (veilles, excès génitaux et éthyliques) et eut des contrariétés ; il ressentit à ce moment une grande faiblesse générale. Au bout de 6 mois, ayant repris sa vie normale, sa santé redevient bonne. Il continue tout de même son fort éthylisme habituel. Vers la fin d'avril 1902, il éprouve des troubles dyspeptiques consistant en crampes d'estomac continuelles, empêchant le sommeil, vomissements fréquents se produisant sans

effort, par simple régurgitation liquide peu abondante, pituiteuse rarement alimentaire, digestions pénibles avec pesanteur pendant 3 heures environ après le repas et éructations abondantes. Vers la même époque, quelques crampes dans les mollets et tressautements des jambes la nuit, cauchemars nocturnes (précipices, zoopsie, chiens courant après lui, etc.), fréquents surtout au début de la semaine après les excès du dimanche. En août 1902, il s'aperçoit d'un léger tremblement des mains. Peu après il remarque qu'en travaillant à la forge, ses bras et ses jambes manquent par moments ; il est forcé de faire effort pour continuer son travail, puis apparaissent des sueurs fréquentes et un amaigrissement qui, en novembre, devint rapidement considérable ; il aurait perdu 20 livres en peu de temps. Depuis lors l'amaigrissement aurait continué, mais plus lent.

En novembre, il ressent une sensation de courbature lombaire continuelle, puis des douleurs dans les deux membres inférieurs consistant en crampes, avec sensation de broiement, de torsion, le long de la face postérieure des membres, depuis les fesses jusqu'aux bouts des pieds. Ces douleurs continuelles présentaient des paroxysmes, surtout la nuit, où elles étaient parfois très intenses, empêchant le sommeil. Elles sont allées en augmentant, au point de lui empêcher de marcher et de le contraindre à s'aliter le 1er janvier. Il entre à Tenon vers la mi-janvier, en sort au bout de 8 jours ; il peut rentrer à pied chez lui, mais depuis il est de nouveau alité ; on l'a conduit en voiture à la Salpêtrière à la fin de janvier.

Examen actuel (fin janvier 1903). — Actuellement, il marche un peu dans la salle, se plaint d'une légère céphalée constrictive, d'anorexie, des douleurs dans les membres inférieurs, de courbature lombaire ; il tousse un peu.

Homme vigoureux, ayant conservé, malgré son amaigrissement évident, les apparences de bonne santé.

Tête : Rien à noter.

Tronc : Courbature lombaire, pas de troubles moteurs ou trophiques, les 3 points d'une névralgie lombo-abdominale double, pas d'anesthésie. Pas de déviation ni de rigidité de la colonne vertébrale ; apophyses vertébrales, sacrum pas douloureux à la pression.

Membres supérieurs : Une certaine diminution de la force musculaire des mains (surtout pour serrer) à peu près égale des deux côtés ; force musculaire bien conservée dans les autres segments Aucun trouble sensitif, subjectif ou objectif. Réflexes (des fléchisseurs, biceps, triceps) forts des deux côtés. Flaccidité et, peut-être,

très léger amaigrissement des muscles des mains et des avant-bras.

Membres inférieurs : *Troubles moteurs* : Le malade marche avec peine et peu longtemps ; il dit être gêné par les douleurs que lui causent tous les mouvements plus que par une parésie véritable ; toutefois la force musculaire paraît être diminuée dans tous les segments des deux membres, et à peu près également des deux côtés. Le malade dit qu'il ne peut contracter ses muscles à fond à cause de la douleur. Au lit, il évite de remuer ses jambes et ne le fait que lentement, chaque mouvement semblant lui procurer des douleurs assez intenses. — *Troubles sensitifs* : Douleurs que l'examen montre être surtout névralgiques. Il a tous les signes d'une sciatique double ; signe de Lasègue très net des deux côtés, douleur à la pression le long du trajet du sciatique (tout le long de la face postérieure de la cuisse, point fessier, poplité, malléole interne, 1er espace interosseux du pied). La sensibilité cutanée est à peu près complètement abolie pour le tact, la piqûre, le chaud et le froid, le long du bord externe du pied droit et à la 3e phalange des orteils du pied droit, surtout à leur face plantaire ; l'anesthésie est toutefois à limites peu nettes et va en décroissant progressivement. Le chaud et le froid sont moins bien perçus à la partie externe de la jambe droite, dans sa moitié inférieure, mais c'est un trouble léger, sans limites précises : peut-être aussi la sensibilité cutanée est légèrement émoussée à la plante du pied droit. Aucun trouble sensitif ailleurs : *Troubles trophiques* : Peut-être légère atrophie musculaire diffuse. Pas de troubles trophiques cutanés : *Réflexes* : Rotuliens légèrement augmentés des deux côtés : Achilléen aboli à droite, faible à gauche. Réflexe cutané plantaire nul à droit, en flexion à gauche ; crémastérien, faible des deux côtés.

Pas de clonus, ni de contractions fibrillaires.

Troubles sphinctériens : Une certaine lenteur et difficulté de la miction avec pesanteur continuelle à l'hypogastre ; pas de troubles du sphincter anal.

Viscères : Appareil circulatoire : rien.

Poumons : Râles humides, fins, nombreux à la base droite.

Foie : diminué de volume.

Appareil digestif : Anorexie, langue pâteuse, goût fade dans la bouche ; estomac non douloureux au palper, ne semble pas dilaté ; constipation légère.

Pas de fièvre, pas de troubles psychiques.

Depuis la fin de janvier jusqu'à la mort du malade, l'état général et les douleurs continuelles ont été en s'aggravant, sans intervention de symptômes nouveaux. Les douleurs aux membres

inférieurs, continuelles nuit et jour, empêchent le sommeil et ne sont qu'incomplètement calmées par la morphine ; le malade maigrit, s'anémie, se cachectise. Dans les derniers 15 jours, il présente de la fièvre avec oscillations dont le maximum ne dépasse pas 39°4., et on trouve les signes d'une broncho-pneumonie au poumon droit. Le malade meurt le 9 mars 1903.

AUTOPSIE : Les deux poumons, surtout le droit, présentent, dans les 2/3 supérieurs, des lésions de congestion très intense, avec carnification du tissu, et plusieurs foyers de broncho-pneumonie. Dans la partie moyenne du poumon droit, au niveau de la gouttière vertébrale, il existe un noyau de 4-5 cm. de diamètre de contenu blanc-jaunâtre, de consistance du mastic de vitrier. Autour de ce noyau, zone d'inflammation particulièrement intense. Simple congestion des bases. Nulle part on ne trouve de vraies granulations isolables, ni de gros tubercules. Ganglions trachéo-bronchiques simplement ardoisés, sans tubercules. Pleurésie sèche avec des traînées blanchâtres très apparentes sous la plèvre viscérale et semblant dessiner les espaces (1) interlobulaires. Pas d'épanchement. Cœur petit, cavités dilatées, pas de péricardite.

A la partie interne des côtes et le long de la colonne dorsale, on trouve plusieurs masses caséeuses avec points d'ostéite tuberculeuse au niveau des côtes.

La colonne vertébrale, le sacrum, les symphyses sacro-iliaques ne présentent aucune lésion extérieure.

En soulevant la moelle et la queue de cheval, on découvre, au niveau du sacrum, un tissu lardacé, assez bien circonscrit, occupant la partie antérieure de l'espace épidural faisant légèrement adhérer la dure-mère à la partie postérieure des corps vertébraux sacrés. Ces adhérences n'existent que sur la ligne médiane, ne s'étendent pas latéralement, et en hauteur ne dépassent pas la région sacrée : on les décolle aisément par une simple traction.

Après l'extraction de la moelle, on remarque qu'il n'existe aucune lésion à l'intérieur du canal rachidien dans la colonne vertébrale cervicale, dorsale et lombaire.

La face postérieure des corps de la 2e 3e 4e vertèbres sacrées a un aspect vermoulu ; le scalpel pénètre facilement ; il existe une nette carie superficielle profonde de 1/2 cm. environ, qui ne se propage pas de côté : il n'y a pas de lésions caséeuses nettes, mais des simples fongosités rougeâtres avec des petites esquilles osseuses.

(1) L'*examen histologique* a montré que le noyau caséiforme est un infarctus ancien, et les traînées blanchâtres, des vaisseaux sanguins dilatés et remplis de caillots fibrineux : pas de tubercules.

Le tissu épidural, au niveau de la face antérieure de la dure-mère est un tissu lardacé, dur, pas caséeux, adhérant intimement à la dure-mère. Cet aspect est surtout marqué au niveau des vertèbres sacrées malades, mais le tissu lardacé remonte jusqu'à la région lombo-sacrée de la moelle, bien qu'il reste toujours localisé à la face antérieure de la dure-mère, sans se propager vers les côtés.

Dans le tissu lardacé épidural, dans sa partie externe il existe quelques petites esquilles osseuses qui adhèrent au tissu même. Aucun point caséeux ou en voie de ramollissement.

La dure-mère présente des épaississements irréguliers sur sa face antérieure et aux points de sortie de plusieurs racines sacrées supérieures et lombaires inférieures. Les racines sacrées inférieures et le filum sont englobés dans le tissu lardacé épidural. L'épaississement de la dure-mère autour des racines est d'intensité variable : insignifiant dans certaines, il atteint dans d'autres une intensité considérable.

Il n'existe nulle part aucune trace de symphyse entre la dure-mère et les méninges molles. Les racines de la queue de cheval sont complètement libres dans le sac dural : elles ne présentent aucune adhérence avec la face interne de la dure-mère, qui paraît lisse, d'aspect normal, sauf une légère congestion au niveau des points épaissis de la face antérieure.

L'aspect extérieur des racines de la queue de cheval et de la moelle est normal. Cerveau normal.

Aucune atrophie apparente des muscles des différents segments des membres inférieurs (cuisse, jambe, pied) : seulement çà et là quelques stries jaunâtres dans l'épaisseur des muscles, particulièrement dans les muscles postérieurs de la cuisse. Au contraire, les muscles fessiers paraissent atrophiés ; ils présentent une notable diminution de volume, leur couleur est pâle jaunâtre.

Les nerfs périphériques des membres inférieurs ne présentent aucune altération macroscopique.

Etude histologique. — Il porte sur plusieurs points du tissu épidural, dans un desquels il existe une esquille osseuse et de la dure-mère épaissie (Hemateine-eosine, bleu de toluidine-eosine, Ziehl), sur plusieurs racines au niveau de leur point de sortie de la dure-mère où celle-ci est épaissie (Hématéïne-éosine, Gieson, Pal), sur la moelle, au niveau de chaque segment de la région sacrale et lombaire, de plusieurs de la région dorsale et cervicale (moelle sacrée et lombaire inférieure au Marchi, le reste au Pal, Gieson, hématéine-éosine : quelques morceaux cependant, aux diverses hauteurs de la moelle, ont été pris pour l'étude des cellules avec la méthode de Nissl, sur plusieurs muscles des membres inférieurs ; fléchisseurs de la jambe, grand fessier, vaste

externe, jumeaux externe, jambier antérieur, long péronier, muscles plantaires (hématéine-éosine, Marchi, Pal, Gieson), sur les nerfs sciatique, tibial postérieur, tibial antérieur (dissociation après l'acide osmique, Pal, Gieson, Marchi, hématéine-éosine).

Tissu épidural. — Est constitué par du tissu essentiellement fibreux, dans lequel il existe quelques rares tubercules anciens, comme étouffés par la sclérose; dans un point où il existe un petit noyau d'aspect caséeux les tubercules sont absolument caractéristiques et plus nombreux. Les vaisseaux sont un peu épaissis, partout parfaitement perméables, plutôt dilatés que rétrécis, sans aucune trace d'infiltration embryonnaire des parois, ni périvasculaire.

La *dure-mère*, épaissie, est constituée par du tissu fibreux; elle aussi ne présente pas de tubercules et a ses vaisseaux, elle aussi, légèrement épaissis et plutôt congestionnés.

L'*esquille osseuse* qui se trouve dans le tissu épidural présente de l'ostéite raréfiante : dans les mailles du tissu osseux, on retrouve une moelle extrêmement riche en lymphocytes, avec des tubercules nets, plus nombreux que dans le tissu épidural même.

Les *racines* entourées par la pachyméningite à leur point de traversée dure-mérienne se comportent d'une façon très variable avant tout il y en a où la pachyméningite est faible, à peine accusée, dans d'autres, la pachyméningite forme une bande très épaisse de tissu fibreux entourant et étouffant la racine ; ses vaisseaux, comme ceux de la racine même, sont tous bien perméables, à parois un peu et régulièrement épaissies, sans que l'épaississement porte sur leur tunique interne, sans prolifération embryonnaire. Dans les racines même, il existe des lésions des fibres nerveuses qui semblent parallèles, par leur intensité, au degré de la pachyméningite environnante (perte en fibres nerveuses, nombreuses fibres grêles, fibres qui se colorent mal au Pal, fibres avec la gaine myélinique irrégulière, fragmentée, en voie de destruction, boules de volume variable de myéline, quelques corps granuleux). En effet, tandis qu'il y a des racines dans lesquelles il y a à noter seulement la disparition de quelques tubes de myéline et une certaine abondance de fibres grêles, dans d'autres la perte en fibres nerveuses est très forte, sans être toutefois complète. En outre, la lésion atteint, généralement, pour les faisceaux de la même racine, des degrés très variables parfois ; de la même façon irrégulière se comporte la prolifération du tissu interstitiel qui se fait en bandes irrégulières et s'accompagne d'une légère prolifération nucléaire : dans quelques points on voit des bandes assez larges de tissu fibreux pénétrer du tissu du sclérose périradiculaire dans la racine. En aucun point on constate de l'infiltration embryonnaire.

Moelle.— Les coupes faites au niveau de tous les segments de la moelle lombo-sacrée,confirment, par leurs caractères, les lésions radiculaires déjà citées ; en effet les racines postérieures des segments sacrés et du cinquième segment lombaire présentent au Marchi, Marchi-Gieson, des phénomènes de dégénération très évidents (disparition de quelques fibres, grosses boules de myéline libres, nombreuses fibres en voie de dégénération, présence de corps granuleux, légère prolifération du tissu interstitiel). L'intensité de ces lésions est variable dans les divers segments et parfois beaucoup plus accentuée d'un côté que de l'autre, comme dans le deuxième,troisième segments sacrés,où les lésions radiculaires rejoignent le maximum, tout en conservant quelques fibres intactes, et où les racines droites sont plus prises que les gauches. Les lésions radiculaires moins fortes dans le 1er segment sacré et encore moins dans le 5e lombaire, au niveau du 4e segment lombaire, sont assez faibles ; ici, tandis que la zone d'entrée des racines postérieures se présente. au Pal, encore pauvre en fibres saines à gauche, à droite elle est très riche en fibres intactes qui vont border la corne postérieure : au niveau du 3e segment lombaire et au-dessus encore,la zone d'entrée des racines postérieures paraît absolument intacte de chaque côté.

Les racines antérieures montrent, à leur point d'entrée dans la moelle, et seulement au niveau du 1er segment sacré et du 5e lombaire des lésions tout à fait légères, et à ce niveau il existe aussi quelques rares boules noirâtres dans le cordon antéro-latéral.

Dans les cordons postérieurs, il existe des lésions qui, dans la moelle sacrée et lombaire inférieure, consistent, au Marchi, dans la présence de nombreuses boules noirâtres, de grosseurs diverses en partie libres, la plupart toutefois remplissant plus au moins complètement des fibres en voie de dégénération, et dans la présence de quelques vides, rares d'ailleurs, laissés par des fibres complètement disparues, et des corps granuleux peu abondants. Des granulations noirâtres, fines, disposées en série, abondantes surtout là où la lésion radiculaire est plus forte, marquent le passage de fibres malades du cordon postérieur à la base de la corne postérieure.

Le fait que les lésions radiculaires postérieures sont inégales et souvent pas symétriques, jamais totales, le fait qu'on n'a pas pu faire du Marchi au-dessus du 5e segment lombaire et que,d'autre part, les lésions des cordons postérieurs dans la moelle sacrée se sont montrées,au Marchi,encore assez récentes,ainsi incomplètement décelables avec les autres méthodes de coloration employées par le restant de la moelle, ne nous a pas permis de faire l'étude intéressante des dégénérations secondaires des cordons postérieurs par lésion de la queue de cheval. Dans la moelle sacrée,cependant, la disposition radiculaire de la dégénération est assez évidente : au

niveau du 4e segment sacré et plus nettement encore au niveau du 3e et 2e segments sacrés, les cordons postérieurs sont partout envahis par des granulations noirâtres sauf une bande qui occupe le voisinage du septum postérieur, de la périphérie à la commissure postérieure. Dans cette bande qui au niveau du 2e segment sacré, s'élargit en avant en correspondance de la zone cornu-commissurale les fibres sont presque toutes bien conservées : on y retrouve seulement quelques rares boules de myéline et quelques rares fibres éparses en voie de dégénération.

Au niveau du 5e segment lombaire, les granulations noirâtres, qui se trouvent dans presque tout le cordon postérieur, sont cependant beaucoup plus nombreuses dans chaque cordon, dans deux bandes disposées perpendiculairement l'une à l'autre, dont l'une, plus large, occupe la zone périphérique en s'atténuant progressivement vers la zone d'entrée des racines postérieures peu dégénérées, l'autre suit le septum postérieur et s'atténue, elle aussi, progressivement, s'arrêtant presque à la zone cornu-commissurale qui contient seulement quelques granulations noirâtres éparses.

Entre le septum et la bande adjacente dégénérée, on trouve une mince zone occupant les deux tiers inférieurs qui paraît relativement indemne.

Dans le reste de la moelle, étudié au Pal, Gieson, la systématisation est beaucoup moins évidente, si bien qu'on peut constater, au niveau du 2e-1er segment lombaire une zone légèrement décolorée, située de chaque côté du septum, ayant forme de virgule, à concavité correspondant au bord interne des cornes postérieures, plus nette à droite, réjoignant à peine la zone cornu-commissurale. Dans plusieurs segments dorsaux on constate à peine une légère décoloration dans un mince triangle à base étroite correspondante à la périphérie de la moelle et dont la bissectrice est représentée par le septum postérieur. Dans la moelle cervicale inférieure, légère décoloration de la moitié postérieure du faisceau de Goll, qui dans le 2e-3e segment cervical est envahie en dedans du septum paramédian par une mince bande à aspect normal. Ces zones décolorées à un plus fort grossissement présentent, disséminées parmi des fibres intactes, quelques mailles de la neuroglie vides, quelques fibres qui prennent mal le Pal et de nombreuses fibres grêles, mais dont le cylindraxe est bien net, le tout entouré par une prolifération névroglique légère.

La colonne de Clarke montre partout la conservation parfaite de son réseau fibrillaire : ses cellules étudiées par la méthode de Nissl sont bien conservées et ne paraissent pas diminuées de nombre.

Les cellules radiculaires de la moelle, étudiées aux diverses hauteurs, sont en grande majorité normales ; on retrouve

seulement quelques rares cellules avec chromatolyse légère centrale et quelques cellules très riches en pigment.

Méninges, vaisseaux (excepté un léger épaississement) partout intacts.

Les *nerfs* périphériques n'ont montré, par toutes les diverses méthodes employées, aucune altération.

Muscles : On constate des altérations, qui sans être considérables sont néanmoins assez nettes dans les fléchisseurs de la jambe, jumeau externe, vaste externe et surtout dans le grand fessier. Elles consistent dans l'exagération de la striation longitudinale dans un grand nombre de fibres, disséminées et séparées par des fibres parfaitement saines : la prolifération des noyaux du sarcolemme est également évidente, ainsi que l'augmentation du sarcoplasma qui sépare dans la fibre les fibrilles élémentaires et rend plus nets que normalement, sur coupes transversales, les champs de Conheim. Le volume des fibres est très variable, et à côté de fibres à volume en apparence normal, on constate des fibres extrêmement atrophiées : ces différentes fibres sont séparées les unes des autres spécialement dans le grand fessier, par du tissu conjonctif net avec un assez grand nombre de noyaux. Certaines fibres présentent des divisions longitudinales et certaines présentent entre les fibrilles du tissu conjonctif avec nombreux noyaux. La substance contractile ne semble pas offrir des phénomènes dégénératifs : dans quelques fibres, la striation transversale est effacée. Les nerfs intramusculaires, au Pal, Gieson, Marchi, ne présentent pas de dégénération wallérienne : ils contiennent, plus que normalement, un grand nombre de fibres grêles, mais dont la gaine myélinique se colore bien et ne présente pas d'irrégularités. Les vaisseaux ont des parois un peu épaisses.

Dans les muscles plantaires, les altérations sont beaucoup moins marquées et consistent seulement dans l'exagération de la striation longitudinale sur un grand nombre de fibres avec prolifération des noyaux du sarcolemme et augmentation du sarcoplasme. Dans quelques points, il existe aussi une légère augmentation du tissu conjonctif entre les fibres. Nerfs riches en fibres grêles sans phénomènes de dégénération wallérienne.

Dans le jambier antérieur, le long péronier, la seule lésion appréciable se réduit à l'exagération de la striation longitudinale qui frappe peu de fibres sans phénomène dégénératif de la substance contractile, sans prolifération du tissu conjonctif. Nerfs intacts.

L'autopsie et l'étude histologique, en résumé, nous ont démontré qu'il existait une ostéite tuberculeuse superficielle du sacrum, avec envahissement du tissu épi-

niveau du 4e segment sacré et plus nettement encore au niveau du 3e et 2e segments sacrés, les cordons postérieurs sont partout envahis par des granulations noirâtres sauf une bande qui occupe le voisinage du septum postérieur, de la périphérie à la commissure postérieure. Dans cette bande qui au niveau du 2e segment sacré, s'élargit en avant en correspondance de la zone cornu-commissurale les fibres sont presque toutes bien conservées : on y retrouve seulement quelques rares boules de myéline et quelques rares fibres éparses en voie de dégénération.

Au niveau du 5e segment lombaire, les granulations noirâtres, qui se trouvent dans presque tout le cordon postérieur, sont cependant beaucoup plus nombreuses dans chaque cordon, dans deux bandes disposées perpendiculairement l'une à l'autre, dont l'une, plus large, occupe la zone périphérique en s'atténuant progressivement vers la zone d'entrée des racines postérieures peu dégénérées, l'autre suit le septum postérieur et s'atténue, elle aussi, progressivement, s'arrêtant presque à la zone cornu-commissurale qui contient seulement quelques granulations noirâtres éparses.

Entre le septum et la bande adjacente dégénérée, on trouve une mince zone occupant les deux tiers inférieurs qui paraît relativement indemne.

Dans le reste de la moelle, étudié au Pal, Gieson, la systématisation est beaucoup moins évidente, si bien qu'on peut constater, au niveau du 2e-1er segment lombaire une zone légèrement décolorée, située de chaque côté du septum, ayant forme de virgule, à concavité correspondant au bord interne des cornes postérieures, plus nette à droite, réjoignant à peine la zone cornu-commissurale. Dans plusieurs segments dorsaux on constate à peine une légère décoloration dans un mince triangle à base étroite correspondante à la périphérie de la moelle et dont la bissectrice est représentée par le septum postérieur. Dans la moelle cervicale inférieure, légère décoloration de la moitié postérieure du faisceau de Goll, qui dans le 2e-3e segment cervical est [illegible] en dedans du septum paraît [illegible] normal. Ces zones décolor[illegible] sentent, disséminées pa[illegible] -pa- de la neuroglie vides, q[illegible] ra- de nombreuses fibres [illegible] heval, le tout entouré par u[illegible] moelle

La colonne de Cla[illegible] -mère de son réseau fibrill[illegible] se dé- [illegible] se, ou [illegible] heval [illegible] séeu-

ses du tissu épidural ou par un abcès ; d'autres autopsies pourront combler la lacune qui reste encore dans l'anatomie pathologique de l'affection de la queue de cheval par tuberculose sacrée ou lombo-sacrée.

Au point de vue *clinique* aussi, notre cas offre des particularités intéressantes. Je ne résumerai pas ici l'histoire de notre malade qui est déjà simple par elle-même : deux hémoptysies dans la jeunesse, grands excès alcooliques habituels, troubles dyspeptiques caractéristiques s'y rattachant, et puis, dans les derniers 6 mois de sa vie, avec un fort amaigrissement général, des douleurs toujours plus violentes, à caractère de sciatique double. Les antécédents alcooliques du malade, l'intensité légère des troubles trophiques et moteurs dans les membres inférieurs, les douleurs constituant à elles seules la plus grande partie du tableau symptomatique, et la présence, peut-être, d'un léger degré de parésie des mains, ont fait penser à une polynévrite alcoolique à forme surtout sensitive.

L'autopsie nous montre que les nerfs périphériques sont sains et qu'il s'agit d'un mal de Pott sacré qui se propagea au tissu épidural, épaississant la dure-mère et comprimant par celle-ci les racines sacrées et lombaires inférieures. Les caractères et la distribution des lésions radiculaires s'accordent d'ailleurs avec les symptômes cliniques ; avec un tableau symptomatique constitué presque essentiellement par des troubles nerveux dans le domaine des deux sciatiques concordent assez bien les constatations anatomo-pathologiques qui montrent comme le plus fortement atteintes par la compression les racines qui entrent dans la constitution du nerf sciatique ; le manque de troubles sensitifs objectifs diffus et nets dans le territoire innervé par les racines sacrées et lombaires inférieures, le manque de troubles sphinctériens marqués, la légèreté des troubles moteurs et trophiques, peuvent bien relever du fait que les lésions radiculaires, non seulement d'intensité variable, ne sont jamais complètement destructives. Toutefois l'anesthésie relevée à la jambe droite et l'abolition du réflexe cutané plantaire droit peuvent se rattacher aux lésions que nous avons constatées dans la 1re et la 2e racine sacrée antérieure droite, surtout dans la 2e qui était très fortement prise.

Dans la lésion de la première racine sacrée, faut-il chercher vraisemblablement l'abolition du réflexe achilléen droit, et l'affaiblissement du gauche et, dans la lésion des 3e et 4e sacrées, les légers troubles vésicaux que le malade semble avoir présentés, mais sur la réelle existence desquels il est difficile de se prononcer ?

Si les lésions radiculaires suffisent à expliquer les symptômes présentés par le malade, on peut se demander toutefois si l'alcoolisme n'a pas joué un certain rôle dans la production des accidents. L'intégrité absolue des troncs nerveux parle déjà contre cette hypothèse ; seulement dans les nerfs intramusculaires de certains muscles, nous avons trouvé quelques légères lésions consistant dans l'abondance, supérieure à la normale, de fibres grêles, sans aucune forme de dégénérescence de la fibre nerveuse. Même en ne tenant pas compte de la prédominance de ces lésions sur les muscles de la racine des membres plutôt que sur les muscles de la périphérie présentant presque tous des nerfs intra-musculaires intacts, le manque dans les nerfs intra-musculaires de tout phénomène de névrite ou de périnévrite ainsi que la très faible intensité des phénomènes d'atrophie simple qu'ils présentent, suffisent à écarter l'hypothèse d'une polynévrite alcoolique.

C'est donc sous le simple tableau d'une névrite principalement localisée aux deux sciatiques et surtout sensitive que les lésions radiculaires se manifestèrent.

Dans la littérature neurologique, les observations publiées de lésion de la queue de cheval par tuberculose sacrée ou lombo-sacrée sont, ainsi que nous l'avons dit plus haut, très-rares ; dans le seul cas avec autopsie, de Cestan et Babonneix, dans les observations cliniques de Dufour, Bregmann, Cestan-Babonneix, Bartels, la symptomatologie de la queue de cheval était bien plus évidente, bien plus complète ; les troubles moteurs, les troubles trophiques, les troubles sensitifs objectifs, soit par leur intensité, soit par leur distribution, plus caractéristiques ; presque toujours il existait des troubles sphinctériens nets. Dans la majorité des cas, on trouva, outre les signes de tuberculose pulmonaire, des manifestations extérieures d'affection osseuse sacrale, sacro-lombaire ou de la symphyse sacro-iliaque; cyphose des dernières ver-

tèbres lombaires, pression douloureuse au niveau du sacrum ou des vertèbres lombaires, signes d'affection de la symphyse sacro-iliaque.

C'est ainsi que, dans une des deux complètes observations cliniques de Bartels, il existait, aux environs de la symphyse sacro-ilaque droite une tuméfaction paraissant élastique à la pression ; la compression bilatérale du bassin provoquait de la douleur, en ce point ; la pression externe sur le sacrum n'était pas douloureuse, mais l'auteur a pu constater par le toucher rectal que le promontoire et le point correspondant à la symphyse sacro-iliaque droite étaient très douloureux à la pression. Dans le 2e cas, la partie supérieure de la symphyse sacro-iliaque était légèrement douloureuse à la pression, ainsi que la pression bilatérale du bassin.

Dans notre cas, le sacrum et les parties environnantes n'offraient rien à l'inspection ; la pression n'était pas douloureuse en aucun point ; l'autopsie, d'ailleurs, a démontré que l'ostéite tuberculeuse du sacrum était superficielle, légère, limitée à la face postérieure des corps vertébraux. C'est là encore un fait qui contraste avec les faits habituellement constatés ; en effet, dans la majorité des cas la carie se développe primitivement dans les corps vertébraux et y produit de fortes lésions avant de se porter vers le canal rachidien et de se propager au tissu épidural. Dans notre cas, le toucher rectal n'a pas été fait, mais il est probable qu'il n'aurait pas donné un résultat positif, étant donné le caractère superficiel de la lésion osseuse.

Si notre malade avait survécu plus longtemps, les phénomènes nerveux sinon les signes de localisation osseuse de la tuberculose seraient peut-être devenus plus marqués, plus nets, et, par l'évolution prolongée de la maladie serait peut-être ressortie plus évidente et plus complète la symptomatologie de la queue de cheval, comme dans les observations des auteurs cités : toutefois, de l'étude histologique du tissu épidural, on a l'impression que le processus tuberculeux est plutôt en voie de transformation fibreuse, cicatricielle que de progression, et ce fait donne à penser que peut-être il ne se serait pas produit un épaississement ultérieur réactionnel de la dure-mère sus-

ceptible d'augmenter jusqu'à la destruction complète les lésions radiculaires présentes ou d'en produire de nouvelles. Ce cas m'a paru digne d'être publié par ce qu'il se rapporte à une forme anatomique et clinique particulière sous laquelle peut se présenter l'affectation de la queue de cheval secondaire à l'ostéite tuberculeuse du sacrum.

CLINIQUE MENTALE

Cholémie et mélancolie ;

Par le docteur P. COLOLIAN.

I. — *Les rapports de l'hépatisme et de la mélancolie.* — La mélancolie, si anciennement et si remarquablement décrite par les manigraphes les plus célèbres, est restée cependant, jusqu'à nos jours, une affection à étiologie obscure. Les théories multiples, qui ont été émises, n'ont pu satisfaire l'esprit critique des psychiâtres de notre époque.

La mélancolie, dit Marcé (1), est une affection mentale, caractérisée par un délire de nature triste et une dépression poussée parfois jusqu'à la stupeur.

Cette définition est restée classique en France ; tous les auteurs, ou la plupart, ont fait de la mélancolie une affection purement psychique.

Les auteurs allemands, Krafft-Ebing et Schüle, rangent la mélancolie parmi les psycho-névroses, c'est-à-dire parmi les affections mentales qui surviennent chez des gens d'apparence normale. La cause réside, pour eux, dans la prédisposition temporaire à cette psycho-névrose. Il n'est cependant pas exact de considérer la mélancolie comme une affection exclusivement psychique ou psycho-névrosique.

En pathologie mentale on se cantonne trop au centre psychique, au système nerveux ; l'on ne tient pas compte des relations qui existent entre le cerveau et les autres organes.

(1) Marcé. — Traité pratique des maladies mentales, Paris, 1862.

Le mauvais fonctionnement d'un organe, quelle que soit l'importance de cet organe, peut influencer sur les autres. Qui aurait cru jadis que la glande thyroïde avait une influence telle sur l'intelligence que sa résection pouvait entraîner le crétinisme ?

Et ce qui est vrai pour la pathologie mentale en général, l'est particulièrement pour la mélancolie, affection où l'organisme entier est atteint, où toutes les fonctions sont troublées et la nutrition générale ralentie.

A l'examen, la mélancolie n'apparaît pas comme une psychose pure, telle que le délire de persécution, le délire chronique. C'est une perturbation mentale, ayant des connexions intimes avec les troubles organiques. Ce n'est pas une vésanie ou une psycho-névrose, mais une affection physico-psychique, s'il est permis de s'exprimer ainsi.

Cette conviction, puisée dans l'observation des malades, ne suffit pas néanmoins pour donner une explication étiologique de la maladie.

Ayant accepté cliniquement que la mélancolie est une affection de l'organisme entier, il nous fallait chercher quels étaient les organes premièrement envahis et quels rapports existaient entre les troubles physiques et les troubles psychiques. C'est encore l'observation qui nous a renseigné. Dans la majorité des cas, et sur ce point, tous les auteurs tombent d'accord, les symptômes physiques apparaissent avant toute perturbation mentale. La mélancolie débute par des troubles physiques : courbature générale, faiblesse et fatigue sans le moindre effort ; céphalalgie, bourdonnements dans les oreilles ; troubles vaso-moteurs, troubles digestifs ; constipation, insomnie ou somnolence, etc. La dépression douloureuse n'envahit la personnalité que consécutivement.

Lorsqu'on examine les organes des mélancoliques par les moyens cliniques et les procédés de laboratoire, on constate que certains organes sont atteints dans leur fonctionnement, dès le début de la mélancolie, avant même l'apparition du syndrome clinique, de la dépression psychique. On observe le ralentissement de la respiration, de la circulation, les troubles gastro-intestinaux. Mais le foie paraît être atteint en premier lieu.

Dans la mélancolie et dans les affections psychiques

déprimantes, le foie est atteint dès le début, non de lésions saillantes, mais de troubles assez caractéristiques pour qu'ils soient reconnus cliniquement. Parmi ces troubles, la cholémie tient la première place.

Dans une communication faite à la Société médicale des hôpitaux (juillet 1908), nous avons démontré, avec le professeur Gilbert et le docteur Lereboullet, le rôle que la cholémie semble jouer dans la mélancolie. Depuis, nous avons poursuivi nos recherches et nous apportons de nouveaux documents, qui démontreront que la mélancolie est le résultat de troubles de tout l'organisme, et du foie en particulier.

Le rôle du foie et de ses altérations dans les états lypémaniaques, n'est point pourtant une conception récente. L'origine hépatique des psychoses a été admise de longue date. Dans les divers traités, l'on trouve des descriptions sur le rapport des affections hépatiques avec ces psychoses (1). Les thèses de Loiseau (2) et de Raphély (3) fournissent à ce point de vue une riche bibliographie.

De nos jours, Charrin (4), répondant au travail de Grilli, qui nie la fréquence des lésions hépatiques chez les aliénés, puis Klippel (5), Joffroy (6), Léopold Lévy (7), ont publié des travaux avec observations, qui concluent à un rapport entre les affections hépatiques et les psychoses.

Quant aux états mélancoliques, directement liés aux troubles hépatiques, ils sont également étudiés par certains auteurs. Sans remonter aux travaux des anciens,

(1) Fauconeau-Dufresne. — Nouvelles preuves de l'existence de la névralgie. (*Union méd.*, 1851.)

(2) Loiseau. — Les folies sympathiques. (*Thèse de Paris*, 1856).

(3) Raphély. — Essai sur les phénomènes psychiques de nature mélancolique. (*Thèse de Lyon*, 1889.)

(4) Charrin. — Maladie du foie et folie. (*Société de Biologie*, 30 juillet 1892.)

(5) Klippel. — De l'insuffisance hépatique dans les maladies mentales. De la folie hépatique. (*Arch. gén. de médecine*, août 1892).

(6) Joffroy. — (*Soc. médicale des hôpitaux*, 1896).

(7) Léopold Lévi. — (*Bull. de la Soc. anatomique*, 1895. — Troubles nerveux d'origine hépatique. Hépato-toxémie nerveuse. (*Arch. gén. de Médecine*, 1896.)

nous pouvons citer Hammond (1), qui, s'appuyant sur plusieurs observations personnelles, a démontré que les abcès du foie pouvaient être accompagnés d'un état plus ou moins marqué de mélancolie et d'hypocondrie ; la ponction, en guérissant le mal local, fait disparaître les troubles mentaux. Aussi conseille-t-il, dans tous les cas d'hypocondrie ou de mélancolie, d'examiner attentivement le foie,

Cyr (2), à propos d'une mélancolique stupide, qui a eu des coliques hépatiques et présentait un subictère et une légère douleur dans la région hépatique, fait les réflexions suivantes : « A quoi faut-il rapporter cette espèce de stupeur,de sidération du système nerveux ? Pour ce cas, je ne vois que deux explications possibles. Ou bien, nous avions une intoxication par résorption des acides biliaires, éventualité fort acceptable, puisqu'il y avait un état de subictère très manifeste ; ou bien l'excès de la douleur locale avait, par action réflexe sur les centres nerveux, amené cette prostration, cet aspect quasi-comateux. »

Dans un travail consciencieux de Cullerc, nous trouvons deux observations de mélancoliques, ayant des antécédents hépatiques. D'après cet auteur, la dépression mélancolique, avec ou sans conception délirante, paraît être le produit de l'hépatisme. Mais les expériences palpables, l'appui des recherches de laboratoire, de l'anatomo-pathologie, manquaient à ces travaux. Une théorie ne vaut qu'autant qu'elle repose sur une base solide, scientifique.

Nous nous bornerons, dans cette étude, à démontrer que les mélancoliques présentent des troubles physiques et des signes cliniques, qui attestent bien que le foie est lésé et paraît être le premier atteint.

II. — *Parallélisme entre la cholémie et la mélancolie.* — Le professeur Gilbert a décrit la cholémie, en lui reconnaissant des symptômes fondamentaux et des symptômes secondaires.

(1) HAMMOND. — Sur les abcès du foie, leur association avec l'hypochondrie et leur traitement. (Analysé par Hénocque, in *Gaz. hebdomadaire*, n° 48, 1880.)

(2) CYR.— Accidents nerveux graves, déterminés par des coliques hépatiques. (*Union médicale*, 1882.)

Parmi les premiers se trouvent les altérations du tégument, qui se modifie sous l'action de la bile. La peau des cholémiques présente des *xanthodermies* : teint jaune, verdâtre ou mat, incolore et incapable de se colorer. On a signalé depuis longtemps le teint bilieux des mélancoliques. Les uns sont blafards, les autres hâlés : « La peau, dit Ball, présente chez les stupides, à un degré plus élevé que chez beaucoup d'autres malades, ce hâle, cette teinte bistre, qui paraît se rattacher à une pigmentation due à une hématose incomplète. »

Les *troubles gastro-intestinaux* dominent souvent dans la cholémie simple familiale. La dyspepsie hyperpetique, la perte de l'appétit ou son exagération, voire même la boulimie, sont les symptômes cardinaux. L'entérite muco-membraneuse, la constipation ou les crises diarrhéiques sont également des signes de cholémie.

Ces symptômes se rencontrent-ils dans la mélancolie ? Aussi fréquemment que dans la cholémie. Les difficultés de digestion et la constipation sont presque de règle chez les mélancoliques.

L'exagération de l'appétit, la boulimie, la gloutonnerie sont très constantes. « La gloutonnerie surprenante des malades forme quelquefois un contraste singulier, dit Griesinger (1), presque risible, avec leur état de tristesse profonde : on en voit, par exemple, engloutir à la hâte, de gros morceaux de gâteaux et en même temps se lamenter sur leurs nombreux péchés, sur la perte de leur salut ou sur leurs malheurs temporels. »

A la constipation fait suite la diarrhée ; parfois, il y a de vraies crises diarrhéiques, comme dans la cholémie. Les *hémorroïdes* ne sont pas rares dans la cholémie et dans la mélancolie.

Gilbert a observé l'*insomnie* ou la *somnolence* des cholémiques. Il a signalé la *migraine* et les *céphalalgies*, qui sont manifestement en rapport avec la cholémie. Chez les mélancoliques, l'insomnie est la règle et les somnolences sont fréquentes. Les migraines et les céphalées sont des symptômes physiques du début, relevés par tous les auteurs.

(1) GRIESINGER. — Traité des maladies mentales. Trad. Doumic, 1865.

L'*impuissance génitale* des cholémiques est maintenant un fait établi. Or, les mélancoliques offrent cette même impuissance. « La sécrétion spermatique chez l'homme est notablement amoindrie et les spermatozoïdes sont beaucoup moins abondants. Chez les femmes, la cessation des règles est un symptôme des plus communs, et l'on peut dire qu'en général, les fonctions génitales sont abolies dans l'un et dans l'autre sexe ». (B. Ball).

La *bradycardie* est mentionnée par Gilbert et ses élèves dans la cholémie. Tous les aliénistes ont observé la bradycardie des mélancoliques, avec ou sans refroidissement et cyanose des extrémités.

Les troubles objectifs du foie et de la rate existent et chez les cholémiques et chez les mélancoliques. Ainsi, nombre d'auteurs signalent le gros volume du foie des mélancoliques.

L'*urobilinurie* est très fréquente dans la cholémie ; d'après nos recherches, elle ne l'est pas moins dans la mélancolie.

La présence des *pigments biliaires* dans le sérum des cholémiques est un fait établi. Nous les avons trouvés avec la même constance chez les mélancoliques. Parfois, chez nos malades, il n'y avait qu'une cholémie légère : cela résultait, sans doute, du régime auquel les sujets étaient soumis avant l'examen.

III. — *Hérédité hépatique et névropathique des mélancoliques.* — Ces rapprochements établissent déjà la solidité des rapports qui existent entre la cholémie et la mélancolie. Mais nous avons poursuivi les recherches sur les antécédents des sujets, antécédents personnels et héréditaires. L'enquête étiologique nous a révélé que les mélancoliques ont presque les mêmes antécédents biliaires que les cholémiques au point de vue hépatique.

Par l'intermédiaire des familles nous avons pu trouver les antécédents hépatiques héréditaires ou personnels, comme il en existe chez les cholémiques.

On relève chez les ascendants et les collatéraux, des ictères, des affections du foie, des cirrhoses biliaires, la lithiase biliaire. Les membres d'une même famille ont un teint blafard ou jaunâtre identique. D'autres présentent des symptômes de cholémie.

Dans les antécédents personnels nous avons observé *l'ictère simple du nouveau-né, l'ictère émotif, l'ictère catarrhal, l'ictère lithiasique.*

Après avoir établi ce fait que la cholémie existe chez les mélancoliques, il fallait savoir si cette angiocholite chronique était suffisante pour produire la mélancolie et pourquoi elle ne la produisait pas chez tous au même degré.

Nos recherches sur les antécédents, recherches minutieuses et patientes, car il s'agissait d'aliénés, nous ont démontré qu'à côté de la cholémie, il existe une autre tare, plus profonde pour l'individualité psychique, c'est la tare nerveuse, la tare mentale. Morel a observé, il y a plus d'un demi-siècle, le rôle considérable de la dégénérescence dans la genèse des affections mentales. Magnan et ses disciples ont repris ces recherches et, élargissant leurs études par celle des ascendants et des collatéraux, ils ont définitivement consacré l'évidence du tempérament névropathique dégénératif.

Une parenthèse théorique s'ouvre ici. On sait que la mélancolie franche est considérée par Magnan comme une forme morbide bien caractérisée, le plus souvent exempte de toute influence héréditaire, ou du moins entachée d'une dégénérescence minime, latente.

Joffroy et les docteurs Toulouse et Roubinovitch (1) prétendent, au contraire, qu'il n'y a pas de mélancolie essentielle, qu'il n'y a que des mélancolies symptomatiques.

En attendant que les aliénistes soient d'accord sur ce point, notons ce que l'observation nous démontre. Les mélancoliques que nous avons étudiés sont presque tous des dégénérés. Ils ont, soit une hérédité névropathique suffisante, soit des antécédents personnels caractéristiques. On peut les ranger parmi les prédisposés névropathiques. Chez ces malades, l'on trouve donc, d'une part, les symptômes d'une dégénérescence mentale et, d'autre part, les signes cliniques d'une affection biliaire familiale.

La dégénérescence ne s'est donc pas cantonnée à l'organe psychique, elle s'est propagée au foie et très probablement aux autres organes. Il est puéril de penser que

(1) Toulouse et Roubinovitch. — *La Mélancolie.*

l'œuvre de déchéance et de désorganisation se limite uniquement au cerveau. L'organisme entier est lésé par la dégénérescence.

Dès lors, il n'est pas extraordinaire qu'à un moment donné, sous l'effet d'une *cause occasionnelle* (maladie infectieuse, misère physiologique, puberté, grossesse, accouchement, émotions, etc), le fonctionnement psychique, entravé par l'irritation pathologique de la bile, se ralentisse et produise les phénomènes d'entraves qui caractérisent la mélancolie. Ces mêmes causes ne seraient pas suffisantes pour provoquer une mélancolie, en l'absence de cholémie.

(*La suite au prochain numéro*).

ASILES D'ALIÉNÉS

Fixation du nombre des médecins dans les asiles d'aliénés.

Telle était la question dont l'examen nous a été confié pour être l'objet d'un rapport au Conseil supérieur de l'Assistance publique. En raison du petit nombre d'exemplaires dont nous disposions, nous n'avons pas pu envoyer ce rapport à tous nos collègues qui avaient bien voulu répondre au *Questionnaire* que nous leur avions adressé : il ne nous a été possible d'en expédier qu'un par asile. Quelques-uns nous ont demandé quel avait été le sort des propositions que nous avions soumises au Conseil. C'est pour répondre à ce désir que nous allons reproduire le texte de ces propositions avec l'indication du vote. Sur la *fixation du nombre des médecins* nous avions soumis à la Section la proposition suivante :

« La *IVe section* demande au Conseil supérieur de déclarer qu'il y aura un *médecin en chef et un interne par* 300 *malades.* »

« *Quand le chiffre des entrées annuelles* dépassera *cent*, il y aura un interne en plus par centaines d'entrées. »

Le Conseil a voté la résolution suivante qui prête à discussion et au sujet de laquelle nous aurions à faire des remarques sérieuses :

« *Le nombre moyen des aliénés qui peuvent être confiés à un seul médecin traitant ne doit pas dépasser 400, à la condition que les entrées annuelles ne s'élèvent pas à plus de 200.*

Dans tous les cas, et notamment si ce chiffre est dépassé, le ministre de l'intérieur déterminera, en tenant compte de la proportion des aliénés curables par rapport à la population des incurables, du nombre des médecins adjoints, des internes et de la disposition des locaux, s'il y a lieu ou non de créer un service de plus.

Il tiendra également compte, dans cette appréciation, du fait que le médecin en chef serait directeur de l'établissement. Il devra y avoir un minimum d'un interne par cent entrées annuelles. »

Nous avons résumé aussi l'enquête au sujet des directeurs, des médecins en chef, des médecins adjoints et des internes. En ce qui concerne les médecins-directeurs, nous avons demandé que :

« *A l'avenir, les postes de directeur des asiles soient réservés dans la plus large mesure aux médecins en chef de ces établissements.* »

Ce vœu a été renvoyé à l'Administration avec « invitation de l'examiner avec soin ».

Pour les *médecins adjoints*, la question était plus délicate. Nous avons énuméré les propositions ressortant de l'enquête :

1° Suppression des médecins adjoints et leur remplacement par des médecins en chef, recrutés par le concours actuel de l'adjuvat ;

2° Maintien des médecins-adjoints avec des attributions analogues à celles des médecins en chef et pouvant par conséquent assister aux séances de la Commission de surveillance.

3° Constitution de services par les médecins sur la base suivante : les malades rentrants de l'année, les malades curables réservés aux médecins de direction et aux médecins en chef ; — les malades chroniques donnés aux médecins adjoints, faisant fonctions de médecins chefs de service.

Voici le texte adopté par le Conseil supérieur :

Le conseil supérieur est d'avis que les médecins adjoints doivent être maintenus et que les services doivent être constitués sur la base suivante : les malades rentrants l'a dennée, les malades réputés curables réservés aux médecins de direction et aux médecins en chef ;

Les malades chroniques donnés aux médecins adjoints, sous le contrôle éventuel des médecins en chef. Les certificats de sortie sont réservés au médecin en chef. Les médecins adjoints sont convoqués aux séances de la commission de surveillance.

Nous avons repris un vœu qui avait été adopté naguère par la Commission ministérielle de 1881 (1) ainsi conçu :

Dans le but d'unifier en quelque sorte le corps des médecins aliénistes, d'assurer aux malades les soins d'hommes au courant de l'aliénation mentale, nous avons soumis au Conseil les deux vœux ci-après.

A l'avenir, les médecins des quartiers d'hospices seront choisis parmi les médecins adjoints nommés au concours.

Ce premier vœu a été renvoyé à l'administration. Le second vœu était ainsi formulé :

Au fur et à mesure des vacances qui se produiront dans les asiles privés faisant fonctions d'asiles publics, les médecins seront recrutés parmi les médecins adjoints nommés au concours avec les mêmes avantages que les médecins des asiles (traitement, retraite, logement, etc.)

Il a été adopté par le Conseil sous la forme suivante :

Il est désirable qu'au fur et à mesure des vacances qui se produiront dans les asiles privés faisant fonctions d'asiles publics, les médecins soient recrutés parmi les médecins adjoints nommés au concours avec les mêmes avantages que les médecins des asiles (traitement, retraite, logement, etc.)

Après avoir analysé les opinions des chefs de service sur les internes des asiles, nous avons proposé ce qui suit :

Les *internes des asiles publics d'aliénés* seront recrutés par des concours. Ces concours auront lieu, par régions à déterminer, auprès des facultés ou des écoles préparatoires de médecine. L'indemnité annuelle sera, au minimum de 800 francs, et augmentée de 100 francs d'année en année. Les internes docteurs auront une indemnité de 1.200 francs au minimum.

Le Conseil a adopté le texte suivant:

Il est désirable que les internes des asiles publics soient recrutés par concours. — L'indemnité annuelle devrait être au minimum de 800 *augmentée de 100 francs d'année en année. — Les internes docteurs devraient avoir une indemnité de* 1200 *francs au minimum.*

Le Conseil a adopté le texte ci-dessous :

Il est désirable que le traitement afférent aux classes des

(1) Bourneville. — Rapport sur l'organisation du personnel médical et administratif des asiles d'aliénés.

médecins adjoints des asiles d'aliénés actuellement fixés à 2.500, 3.000, et 4.000 francs soient désormais fixé à 3.000. 3.5000 et 4.000 francs et complétés par les avantages en nature.

Les rapports des médecins directeurs et des médecins en chef des asiles d'aliénés ont été l'objet du vœu ci-après.

Le Conseil supérieur de l'Assistance publique émet le vœu que les préfets soient invités à réclamer des conseils généraux l'impression des rapports annuels des directeurs et médecins en chef de tous les établissements consacrés aux aliénés et que le ministère de l'intérieur publie chaque année un rapport général sur le service des aliénés.

Ce vœu personnel a étérenvoyé pour examen à l'administration. Elle l'a fait sien. M. Monod vient, en effet, d'adresser aux Préfets la circulaire ci-après :

Le Ministre de l'Intérieur à MM. les Préfets.

Je crois devoir signaler à votre attention l'importance et l'intérêt qu'il y aurait à ce que les rapports administratifs et médicaux des médecins des asiles d'aliénés fussent imprimés en exemplaires spéciaux chaque année et soumis aux assemblées départementales en même temps que les budgets et les comptes. Cette mesure permettrait l'échange de ces documents entre les divers asiles et faciliterait à l'administration centrale la centralisation de renseignements très importants pour la bonne marche du service. Vous voudrez bien donner connaissance de cette circulaire aux Directeurs et aux Médecins des asiles d'aliénés de votre département. — Pour le Ministre de l'Intérieur : Le conseiller d'État, directeur de l'assistance et de l'hygiène publiques.

H. MONOD.

Nos collègues des asiles sont maintenant renseignés sur ce qui a été fait par le Conseil supérieur. A eux d'agir, à l'administration de préparer les modifications à introduire dans le *Règlement* de 1857, en vue surtout de préciser les nouvelles attributions des médecins adjoints et d'organiser le concours de l'internat des asiles en province.

BOURNEVILLE.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

— La ponction lombaire et le cyto-diagnostic, par A. DEVAUX. (*Centralbl. f. Nervenheilk*, XXVI. N. F. XIV, 1903.) **— Le cyto-diagnostic du liquide cérébro-spinal, par** S. SCHOENBORN. (*Neurolog. Centralblatt*, XXII, 1903.)— **L'importance de la ponction lombaire pour la psychiatrie, par** NISSL. (*Centralbl. f. Nervenheilk*, XXVII. N. F. XV, 1904.) — **Résultats de l'examen du liquide cérébro-spinal, par** L. MERZBACHER. (*Neurolog. Centralbl.*, XXIII, 1904.)

La leçon faite en français par M. DEVAUX à la clinique des aliénés d'Heidelberg semble avoir donné une sérieuse impulsion aux recherches de ce genre en Allemagne. Des investigations de M. SCHŒNBORN, voici ce qui se dégage. Sur 8 tabétiques on trouva une seule fois une lymphocytose modérée, mais très marquée ; l'un de ces malades, chez qui il y avait lieu d'admettre en outre une méningite syphilitique présentait, outre les lymphocytes, de gros leucocytes uni et poly-nucléaires. Etat négatif du liquide cérébro-spinal dans la dystrophie musculaire progressive, dans la paralysie agitante ; dans le gliome cérébelleux ; dans la névrite ; dans la myélite par compression. L'auteur ne considère pas comme démontrée la théorie pathogénique de Sicard. La constance de l'irritation des méninges, même dans les cas non compliqués (Nageotte) n'est selon lui point prouvée, alors même qu'il existe des altérations méningées syphilitiques : et cependant elle mérite de fixer l'attention.

NISSL écrit un long mémoire très documenté, fort touffu, qui comprend et les recherches des auteurs et ses propres investigations. On y trouve des tableaux et des observations soignées. Voici d'abord le bilan de 128 *cas à diagnostic clinique indubitable* pour lesquels il a été pratiqué 163 ponctions.

Soixante ponctions ont été effectuées chez 28 *paralytiques généraux*. On n'a trouvé d'état négatif qu'une seule fois. En même temps qu'on constate dans le liquide cérébro-spinal des éléments extrêmement nombreux, il y a presque toujours un excès marqué d'albumine mais l'inverse n'est pas vrai, c'est-à-dire que l'on trouve parfois un état cytologique négatif avec une augmentation de l'albumine. Dans les mêmes cas on n'a rencontré qu'une fois de nombreux leucocytes polynucléaires.

La ponction lombaire permet-elle d'assurer le diagnostic de la paralysie générale ! Le diagnostic en l'espèce était déjà établi avant que la ponction fût faite. Sans doute il pourra arriver que le cyto-diagnostic fournisse certains points de repère propres à séparer

la paralysie générale des formes non inflammatoires de syphilis cérébrale. Il semble que dans ces dernières, comme dans les psychoses non syphilitiques mais entées sur des sujets ayant eu la syphilis, on puisse constater un état positif, bien que dans ce cas, l'augmentation des éléments soit relativement faible.

La ponction lombaire permet-elle de distinguer certaines formes de l'alcoolisme chronique de la paralysie générale ? L'auteur n'a pu décider les alcooliques à se laisser ponctionner. Chez les aliénés alcooliques l'état du liquide cérébro-spinal était absolument négatif.

Quelle influence exerce l'infection syphilitique sur la constitution du liquide cérébro-spinal ? Reproduction de huit observations personnelles. Dans les cas cliniquement nets de troubles mentaux séniles, de démence artério-scléreuse, de psychoses épileptiques, de folie dégénérative, de folie circulaire, de mélancolie, d'aphasie consécutive à un ictus apoplectique, de folie choréique, de crétinisme, de démence précoce, on n'obtint sauf en un cas, qu'un résultat cytologique négatif. Or, en ce cas, il s'agissait d'un individu sûrement syphilitique.

Sur 4 imbéciles, on obtint en un seul cas un résultat cytologique positif ; il s'agissait d'une jeune fille qui s'était logé une balle de revolver dans le voisinage de l'apophyse mastoïde ; l'état cytologique positif devait tenir aux phénomènes exsudatifs qui se produisirent autour du corps étranger.

Trente-deux cas à diagnostic obscur, ont été soumis à la ponction lombaire. Il s'agissait, par exemple, de distinguer entre la démence précoce, la folie circulaire, la mélancolie, la folie dégénérative, l'épilepsie, l'hystérie (14 cas, 16 ponctions). Ou bien entre la folie alcoolique, la démence précoce, l'épilepsie (1 cas, 1 ponction), ou encore entre la syphilis cérébrale, et la paralysie générale (4 cas, 8 ponctions), ou entre une maladie organique et une affection fonctionnelle (3 cas, 11 ponctions), ou enfin de préciser l'espèce de trouble mental inhérent à la polynévrite (1 cas, 1 ponction). Or, en aucun de ces cas, l'analyse du liquide céphalo-rachidien n'a permis d'assurer le diagnostic différentiel. Quinze observations à l'appui.

M. Nissl conclut :

« Si l'analyse cytologique et chimique du liquide cérébro-spinal « constitue un auxiliaire très important pour le diagnostic de la « paralysie générale, la lymphocytose n'est qu'un signe morbide « isolé, qui ne peut être utilisé qu'en le rapprochant des autres « signes cliniques. Le résultat cytologique n'a servi de rien pour « trier les processus morbides organiques dans lesquels il a été « trouvé une aussi grande augmentation des éléments cellulaires « que dans la paralysie générale. Cette multiplication des élé- « ments cellulaires ne prouve pas nécessairement l'existence

« d'une méningite ; elle indique simplement l'irritation méningée. Le liquide lombaire demeure normal quand la lésion n'est « pas exactement sur les méninges.

« La ponction lombaire enrichit notre arsenal diagnostique, « mais il n'en faut pas exagérer la valeur pour la psychiatrie.

« D'ailleurs si elle est généralement inoffensive, elle entraîne « souvent chez les personnes saines comme chez les aliénés, des « accidents consécutifs tels que céphalée, nausées, vomituritions, « vomissements, collapsus, douleur à la nuque, apathie, parésie, « etc.,qui ne permettent pas de la considérer comme une opération « indifférente ».

M. L. Merzbacher. — Examen du liquide céphalo-rachidien de 10 paralytiques généraux à diagnostic certain ; de 3 paralysies générales douteuses ; de 8 épilepsies franches ; de 4 épilepsies traumatiques ; de 9 démences précoces ; (2 hébéphrénies, 6 catatonies généralement avec stupeur, 1 paranoïde) ; de 2 alcooliques chroniques ; de 4 démences séniles ; de 1 tabès ; de 1 syphilis ancienne ; de 1 manie ; de 1 mélancolie ; de 2 imbéciles. Voici sur quoi il insiste.

L'augmentation de l'albumine dans du liquide cérébro-spinal indique fort probablement, mais non sûrement, la paralysie générale. Impossible de trouver aucun rapport entre le nombre des lymphocytes et la quantité de l'albumine. On n'a trouvé qu'une fois une forte quantité de globuline ; il s'agissait d'un paralytique ayant beaucoup d'albumine et une lymphocytose extrêmement forte. L'augmentation de la pression du liquide a été rencontrée 12 fois qui se décomposent en 4 cas de démence sénile (2 fois) ; 8 cas de démence précoce très avancée (4 fois) ; 2 cas d'imbécillité (1 fois) ; 4 cas d'épilepsie traumatique (2 fois) ; un cas à diagnostic irrésolu.

Dans la *paralysie générale* cliniquement prouvée, la teneur du liquide cérébro-spinal en lymphocytes est infiniment grande. Mais il n'y a pas de relation entre leur nombre et la durée, l'évolution, la gravité de la maladie. On ne saurait souscrire d'emblée à une connexité entre l'irritation des méninges et l'acuité de l'état mental. Le nombre des lymphocytes varie entre 4 et des centaines. L'intime agrégation des lymphocytes l'un à l'autre paraît particulièrement pathognomonique. Il n'existe pas de différence frappante, quant à la quantité des lymphocytes, entre les paralytiques simultanément très tabétique et ceux qui ne présentent que peu ou point de symptômes médullaires. D'ailleurs le *tabès non compliqué* ne s'accompagne pas nécessairement d'une forte multiplication des lymphocytes.

La question de la *syphilis* n'est pas tranchée. Une imbécile prostituée de 25 ans, atteinte il y a 4 ans de syphilis secondaire, indemne d'une affection syphilitique du système nerveux central,

trahit un état cytologique intermédiaire à l'état normal et à l'état pathologique bien qu'il se rapproche plus de ce dernier. Une femme atteinte de gomme ramollie du pharynx sans troubles nerveux, présente une énorme profusion de globules blancs, même en tenant compte du mélange du sang au liquide céphalo-rachidien. Etat complètement négatif dans manie, mélancolie, imbécillité, démence sénile, alcoolisme chronique, démence précoce (quelle qu'en fût la forme).

Sur 12 *épileptiques* ayant eu des attaques avec ou sans phases d'obnubilation crépusculaire, dont 4 devaient très probablement leur affection à un traumatisme, une accusait, un érysipèle de la face, une autre une méningite aiguë, on trouve une lymphocytose modérée (6 cas), faible (2 cas), nulle (4 cas). En général le nombre des lymphocytes n'atteint pas celui de la paralysie générale. Les céphalalgies dont se plaignent les malades seraient en faveur d'une irritation des méninges.

Cinq observations prouvent que la lymphocytose peut dans les cas douteux, servir à éclairer le diagnostic entre la paralysie générale et une autre maladie.

Le liquide cérébro-spinal peut contenir *toutes les formes d'éléments.*

Ce qu'on y trouve le plus ce sont des lymphocytes, éléments plus ou moins gros, à gros noyau sombre qui fréquemment se détache nettement du halo-protoplasmique généralement très étroit clair ou obscur. Puis viennent en presque tous les cas des petits leucocytes uni-nucléaires. Ce qu'on y voit plus rarement ce sont des gros leucocytes à noyaux lobés, excentriques. Il est exceptionnel d'y rencontrer des éléments polynucléaires ; leur présence est frappante quand il n'y a pas mélange d'une grande quantité de sang. La prééminence des lymphocytes parait plus accentuée chez l'épileptique que chez le paralytique. Les cellules à gros noyau lobé se rencontrent de préférence chez le paralytique à lymphocytose très forte. Les cellules polynucléaires ne se voient guère que chez le paralytique. Chez les épileptiques comme chez les paralytiques se voient les cellules éosinophiles et les cellules granulo-graisseuses. Dans les cas où il n'existe pas d'hyper-lymphocytose, d'origine pathologique, c'est-à-dire dans les cas examinés sauf les paralytiques, les tabétiques, les syphilitiques, on trouve presque exclusivement de petits lymphocytes. Le pigment sanguin a été surtout rencontré dans l'épilepsie mais quelquefois également dans la paralysie générale. P. KERAVAL.

II. — **Recherches expérimentales relatives à l'influence sur la circulation cérébrale de la cérébrine de Poehl** ; par L. M. POUSSÈYRE. (*Obozrénié psichiatrii*, VIII, 1903.)

A petites doses, par exemple en injectant dans le sang 1 à 2

gr. de la solution à 1 % soit 0,035 à 0,07 par kilogr. du poids de l'animal, la cérébrine produit une *anémie insignifiante* du cerveau. A hautes doses, elle détermine de l'*hyperémie* cérébrale consécutive à une faible anémie préalable passagère. Elle élève la pression générale du sang. Par la voie gastrique, elle agit beaucoup plus lentement, et il en faut des doses bien plus grandes que si on l'introduit dans le sang ; mais, en revanche, son effet sur la pression sanguine dure plus longtemps. P. KERAVAL.

III. — **Nouvelle contribution au traitement diététique de l'épilepsie** ; par R. BALINT. (*Neurolog. Centralbl.*, XXII, 1903.)

Le régime composé de lait, beurre, œufs, fruits et pain au bromure de sodium diminue, d'après presque tous les observateurs, le nombre et l'intensité des accès. Il peut être employé longtemps à la condition que le malade n'en soit pas dégoûté, sinon sa nutrition pourrait s'en ressentir. S'il en est dégoûté ajoutez-y des légumes, des farineux, de la viande, sans autre sel que du bromure de sodium. Prenez régulièrement le poids du patient. S'il survient du bromisme, modifiez la dose du NaBr, suspendez-le au besoin ; variez le régime en y introduisant des mets préparés sans sel mais contenant dans leur fabrication du chlorure de sodium. Il faut que le médecin ait beaucoup de patience, que le malade et son entourage fassent preuve d'une grande intelligence, d'une grande force de volonté. P. KERAVAL.

VI. — **Dermato-psychies ; pseudo-œdème, érythème polymorphe, purpura, gangrènes superficielles symétriques** ; par Maurice DIDE. (*Bulletin de la Société scientifique et médicale de l'Ouest*, 1904.)

L'auteur étudie, sous ce titre, une série de troubles trophiques accompagnant ordinairement le pseudo-œdème catatonique (syndrome localisé symétriquement aux extrémités ou à la face, caractérisé par une infiltration tendue ne prenant pas ou peu l'empreinte du doigt, s'accompagnant souvent de cyanose et diminuant sans disparaître par le repos au lit).

Ce sont l'érythème maculeux ou vésiculo-bulleux, le purpura, les gangrènes symétriques des orteils. Il est permis de comparer ces symptômes avec la maladie de Quincke, qui a une origine névrotoxique. Ces dermato-psychies ne sauraient être considérées comme les symptômes physiques d'une affection mentale en particulier et l'on peut observer ces troubles dans la paralysie générale, la mélancolie sénile, la démence précoce hébéphréno-catatonique, la démence précoce paranoïde, l'idiotie même, avec ou sans épilepsie. Toutefois ils sont presque exclusivement observés dans tous les états mentaux s'accompagnant d'inhibition psychique.

Vingt et une observations accompagnent ce travail qui a le grand mérite d'attirer l'attention des aliénistes sur l'état physique des malades, état physique le plus souvent trop négligé.

R. Leroy.

REVUE D'ANATOMIE ET DE PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUES

XIV. — **Une variante dans la méthode de coloration des cellules nerveuses de Nissl**; par A. A. Piewnitzki. (*Obozrénié psichiatrii*, VIII, 1903.)

Cette variante appartiendrait à Chenzinski. On fait dans l'eau bouillante dissoudre lentement, en remuant continuellement, 1 % de poudre de phlooridzine ; quand la solution est devenue complètement transparente, on y verse de la thionine en poudre à saturation. Cette solution ne doit pas précipiter de cristaux ; sinon on la chauffe jusqu'à ce que ceux-ci se redissolvent.

Les coupes du cerveau fixées dans la formaline à 10 %, durci dans l'alcool progressivement renforcé, et inclus dans la paraffine sont collées sur des porte-objets et couvre-objets ; on les débarrasse de leur paraffine et les colore dans un verre de montre pendant 20 à 30 secondes. Laver à l'eau distillée ; sécher entre des morceaux de papier filtre de Suède. Plonger ensuite dans un mélange d'huile d'aniline (1 partie) et d'alcool à 90° (6 p.), jusqu'à ce que la substance grise soit complètement décolorée, ce dont on s'assure par l'examen à un faible grossissement. On presse enfin entre deux morceaux de papier-filre ; on transporte dans l'huile de cajeput ; on monte dans le baume. On peut aussi chasser auparavant le cajeput par le xylol ; en ce cas la face externe du couvre-objet brille comme un miroir.

Les noyaux de la névroglie sont d'un violet-bleuâtre ; ceux des cellules nerveuses clairs, vésiculeux, montrent un réseau délicat ; les nucléoles ont une couleur rouge-violet tendre. En rouge-violet tendre sont aussi colorées les granulations et mottes de Nissl, à la condition qu'on opère sur des pièces extrêmement fraîches ; si l'autopsie a un peu tardé, ne fût-ce que de quelques heures, les granulations de Nissl, notablement plus sombres, se détachent sur un fond pâle et contrastent avec la coloration bleuâtre de la névroglie. Quand les granulations et mottes de Nissl sont gonflées, leur couleur est encore plus intense ; elles se détachent sur celles qui sont normales.

P. Keraval.

XV. — **Contribution à la méthode de coloration des fibres nerveuses du système nerveux central** ; par A. D. Katzowsky. (*Obozrênié psichiatrii* VIII., 1903.— *Neurol. Centralbl.*, XXIII. 1904.)

Cerveaux durcis dans la liqueur de Muller le plus longtemps possible, inclus dans la celloïdine et colorés avec la solution suivante :

Hématoxyline		10
Alcool absolu	}	à à 60
Eau distillée	}	
Solution aqueuse saturée de carbonate de lithine		10

La préparation de ce mélange exige une semaine. Si l'on est pressé, on chauffe dans ce liquide les coupes à la lampe pendant 5 à 6 minutes ; s'il arrive que l'alcool s'enflamme, on l'éteint et on continue l'opération jusqu'au moment voulu. Après le refroidissement, on lave à l'eau. La coloration à froid exige l'immersion des coupes pendant 24 heures ; on lave à l'eau.

Les coupes devenues noires sont transportées dans une solution aqueuse à 1 % d'hypermanganate de potasse ; elles y restent jusqu'à ce que la substance grise soit devenue brune. On lave à l'eau. Puis on place dans une solution de sesqui-chlorure de fer ; dans ce liquide, qui doit être changé 2 à 3 fois, les coupes demeurent jusqu'à ce que la substance grise soit nettement blanche.

Nouveau lavage à l'eau ; déshydratation à l'alcool ; xylol et essence d'origane ; montez dans le baume. Les fibres nerveuses apparaissent noires sur le champ blanc de la substance grise.

Quand on se sert de la chaleur, le traitement total ne dure qu'une demi-heure à 3/4 d'heure. P. Keraval.

XVI. — **Nouvelle méthode de coloration des fibrilles de Ramon et Cajal** ; par M. de Lenhossek. (*Neurol. Centralbl.*, XXIII, 1904.)

Etude analytique et critique de cette méthode (voy. *Trabajos del laboratorio de investigaciones biologicas della Universitad di Madrid*, III, 1904, p. 1.) Elle s'adapte aux vertébrés, aux invertébrés, au système nerveux complètement développé ou embryonnaire ; facile à manipuler, elle fournit des résultats à peu près constants.

M. Lenhossek ne voit point que les méthodes de coloration des fibrilles mettent en péril la théorie des contacts et des neurones. On peut fort bien la compléter par l'existence de fibrilles à l'intérieur des cellules et des cylindraxes.

Les résultats les plus remarquables ont été d'ailleurs obtenus sur les *cellules des ganglions spinaux des mammifères*. Ce n'est plus, il est vrai, l'image de petits fils à direction plus ou moins parallèle, donnant l'impression de raies.

Non. Dans les cellules des ganglions spinaux du bœuf, du chat, du lapin, on voit un réseau extrêmement dense de mailles anastomotiques, qui s'étend uniformément à tout le pourtour de la cellule. Ce maillé présente une coloration noire aussi intense que les neuro-fibrilles d'autres cellules. Souvent on perçoit un gros réseau à larges mailles, et dans ces mailles une grille plus étroite, plus délicate ; ce maillé correspondrait à la charpente neuro-fibrillaire des cellules nerveuses centrales où l'on distingue également des fibrilles principales et des ramuscules accessoires rétiformes. La formation du cône originel du prolongement est la suivante : les mailles du châssis s'allongent graduellement en convergeant vers le point de départ du prolongement, pour finalement passer directement dans les neuro-fibrilles de ce dernier ; celles-ci s'enracinent dans ce réticulum.

La méthode réussit chez les *embryons très jeunes*. Un embryon humain de 25 millim. de long a révélé des traces de fibrilles dans les cellules nerveuses de la moelle ainsi que des grilles fibrillaires bien développées dans les cellules des ganglions spinaux. Chez un fœtus de 4 mois, de 15 centim., il existait, dans les cellules motrices des cornes antérieures, des neuro-fibrilles formant dans le corps de la cellule un réticulum à mailles relativement larges, dépourvu des forts trousseaux de fibrilles qui se développeront plus tard. Ce qui prouve que les fibrilles se produisent sur place et non par anastomse de cellules fibrilligènes. P. KERAVAL.

XVII. — **Nouvelle méthode de coloration des cellules nerveuses et leurs canalicules séreux** ; par W. P. PASSEK. (*Obozrénié psichitrii*, IX. 1904.)

Par une première méthode, l'auteur met en lumière quelques détails de l'organisation des canaux séreux. — On dissout 1 gr. d'acide osmique dans 100 c. cubes d'une solution aqueuse saturée de sublimé. On fait d'autre part une solution aqueuse à 5,5 % d'acide acétique glacial.

On mélange 5 cent. cubes de la première solution à 10 cent. cubes de l'autre. On plonge dans ce mélange pendant 5 à 7 heures les fragments du système nerveux central ; on les porte ensuite dans une solution aqueuse de formaline à 3/4 % pendant 20 minutes. On coupe sur le microtome à congélation. Ces coupes sont successivement traitées par l'alcool à 30° contenant de la teinture d'iode ; par l'alcool à 30° pur ; par l'eau distillée. Les portions marginales doivent être décolorées au tannin ou au révélateur de Kolossow. Les portions plus éloignées de l'extrémité

de la préparation peuvent être colorées à l'hématoxyline de Green ; le protoplasma forme un fond gris-violet sur lequel tranche en noir la structure du protoplasma et du noyau. Le nucléole apparaît entouré d'un canal incolore limité par une paroi externe sombre. De ce canal partent de petites branches limitées par des parois et d'autres ramuscules sans parois. Tous ces branchements gagnent la périphérie du noyau et s'incrustent dans le protoplasma. En pénétrant dans ce dernier, les deux types de branchioles se ramifient ; le premier type, à parois, fournit des tuyaux spiroïdes ou droits ; le second, sans parois, forme des crevasses. La section transverse de ces branches est circulaire. La névroglie contient aussi des canalicules, plus grands, munis de parois faciles à voir qui, sillonnant toute la substance grise du cerveau, s'en vont aux cellules ; en se ramifiant dans le protoplasma, ils conservent leurs parois sur une certaine étendue ; puis cette paroi disparaît, ils ont alors l'aspect de drains qui garnissent toute la substance de la cellule et leur paroi est formée par le protoplasma. Il y a lieu de croire que les canaux à parois et ceux qui deviennent des drains sont le prolongement des capillaires artériels, car si l'on pousse une injection dans l'artère vertébrale, on observe une notable dilatation des portions intra et extra-cellulaires (figure).

Une seconde méthode est consacrée à l'étude de la substance chromatophile.

Elle est basée sur la combinaison de l'acide osmique, du sublimé, de la liqueur de Muller (figure). Des recherches ont également été faites à l'aide d'un mélange d'acide lactique trichloré, de formaline, d'acétone, avec ou sans éther. — Quelle est la nature de la substance chromatophile ? Je tendrais, dit l'auteur, à penser que la substance de cimentation, autrement dit la substance chromatophile, est le produit duquel, par graduel accolement de nouvelles masses, se forme la motte chromatophile. La motte qui apparaît commence par se transformer en grains ; entre les grains on voit encore des traces de substance chromatophile qui se change à son tour en nouveaux grains. Le grain en soi est une vésicule irrégulière, rugueuse ; sa coupe fournit un cercle à périphérie granuleuse irrégulière. Les granules qui en forment la circonférence ne sont rien autre que de petits grains pulvéruliformes. Il y a identité entre les granules obtenus par la méthode précédente de fixation, et ceux qui forment le grain de la motte chromatophile. Donc la substance chromatophile se forme par les processus de métamorphose régressive de la cellule nerveuse. Evidemment la substance chromatophile sécrétée par la cellule nerveuse, en se morcelant en granules excessivement menus, dépasse les limites de celle-ci ; mais la présence de granules dans les régions sous-pie-mériennes et dans le canal cen-

tral indique qu'ils sont une des parties constituantes du liquide cérébro-spinal.

On sait du reste depuis longtemps que les formes variées sous lesquelles se manifeste la substance chromatophile dépendent de la présence dans le protoplasma des cellules nerveuses de substance achromatique.

Conclusions. — Le contrôle de quelques méthodes, à l'aide par exemple du mélange de Fleming, de Zenker, du sublimé associé à l'acide picrique, m'ont (c'est M. Passek qui parle) donné des résultats analogues à ceux qu'ont publiés les auteurs. En les comparant aux miens, je me crois en droit de supposer qu'il existe dans les cellules nerveuses trois formes de canalicules : 1° un réseau de bourgeons artériels se ramifiant dans le corps de la cellule ; ils sont, en y entrant, limités par des parois qu'ils perdent graduellement, pour se terminer en drains dépourvus de parois et sont destinés à faire pénétrer le liquide nourricier du sang ; 2° un réseau de canaux sans parois destinés à la circulation de la lymphe ; 3° un réseau formé aux dépens de la décomposition de la substance chromatophile ; ce ne sont pas des canaux ; ils ne constituent pas un élément préformé de la cellule, puisqu'ils proviennent de la dissociation et de la répartition accidentelles de l'élément constitutif des cellules, de la substance chromatophile, entre les parties fixes du protoplasma. P. KERAVAL.

XVII. — **Les relations du système nerveux avec les facultés mentales** ; par P. KRONTHAL. (*Neurolog. Centralblatt.*, XXIII 1904.)

Après avoir examiné le système nerveux et le fonctionnement mental dans l'échelle ascendante des animaux, l'auteur *conclut.*

Actuellement prédomine presque universellement l'idée que le système nerveux est l'organe, le siège des facultés psychiques. On peut y opposer la suivante. Il n'y a pas d'organe, de siège, de ces facultés ; l'organisme entier les produit. Le système nerveux n'y collabore qu'en ce qu'il conduit les excitations ; il ne fait que les conduire. Jamais la cellule nerveuse n'engendre de stimulus.

P. KERAVAL.

XIX. — **De l'inertie congénitale des pupilles** ; par M. REICHARDT. (*Neurolog. Centralbl.*, XXII 1903.)

Obs. I.— C'est une démente de 40 ans, présentant des vestiges de paranoïa et d'hystérie. Depuis les huit années qu'elle est observée à la clinique, les deux pupilles, égales, de dimensions moyennes (2 à 3 millim. de diamètre), un peu anguleuses, deviennent immobiles, à quelque intensité lumineuse qu'on les soumette. L'état mental est incompatible avec l'examen de la convergence, ainsi

qu'avec l'étude de la réaction pupillaire sous l'influence de l'occlusion palpébrale. Il n'y a en tout cas ni paralysie de l'accommodation, ni atrophie des nerfs optiques; réflexes patellaires normaux. Il s'agit d'une personne solide, qui ne présente pas trace de syphilis antérieure. La psychose est depuis des années absolument stationnaire. Le diagnostic de paralysie générale devient d'année en année de plus en plus improbable. Il est cependant impossible de savoir si l'inertie pupillaire est vraiment congénitale.

Obs. II. — Homme de 24 ans, idiot et épileptique. Les deux pupilles sont complètement immobiles. Aucun symptôme de syphilis heréditaire. L'inertie pupillaire existe depuis son entrée à la clinique: il avait alors 17 ans. La même inertie existe chez sa mère qui n'a jamais cessé d'être bien portante. D'après l'historique et le rapport du médecin, la syphilis des parents était improbable. L'autopsie révéla: une épendymite granuleuse du 4e ventricule; une accumulation de petites cellules rondes, assez grosses, ovales, dans la gaine et près de la gaine adventice, de nombreux petits vaisseaux dans la région bulbaire au niveau des 10e et 12e paires; altérations décrites chez les épileptiques morts dans le coma ou en état de mal. La moelle ne présente rien de particulier, sauf une légère augmentation des cloisons névrogliques dans les segments supérieurs des cordons de Goll, particularité trop fréquente pour qu'elle ait de la valeur. Intégrité des nerfs optiques. On remarque dans l'encéphale une prolifération sous-pie-mérienne atypique de la névroglie, avec cellules araignées petites et grosses; une infiltration cellulaire dans les espaces lymphatiques adventices des vaisseaux; un moyen degré de leptoméningite chronique. Le noyau de l'oculomoteur commun n'a pas été examiné.

P. Keraval.

XX. — **Contribution à la connaissance de l'immobilité pupillaire hémianopsique**; par R. Friedlœnder et Kempner. (*Neurolog. Centralblatt*, XXIII, 1904.)

Il s'agit d'un homme de 53 ans, porteur de vestiges d'une hémiplégie gauche qui s'était graduellement développée sans perte de connaissance ni trouble de la parole, mais après avoir été précédée longtemps auparavant de fortes céphalalgies, de vertiges intenses.

Puis s'installaient: une légère démence; une atrophie de la langue à gauche, une paralysie du voile du palais du même côté, des troubles de la déglutition, une atrophie bilatérale du nerf optique, de l'hémianopsie gauche, enfin une inertie pupillaire en rapport évident avec l'hémianopsie. M. Kempner a en effet inventé un instrument qui permet de projeter sur n'importe quelle partie de la rétine un rayon lumineux punctiforme et délimiter

le plus possible la diffusion de la lumière (voir les dessins dans le mémoire). On peut ainsi se rendre compte que l'éclairage des moitiés des rétines aveugles ne produit sur les pupilles aucune réaction tandis que celui des moitiés des rétines qui voient, s'accompagne d'une contraction pupillaire très prompte et très nette.

Bien que le malade qui a eu un chancre n'ait point éprouvé d'accidents secondaires, l'auteur croit à une syphilis cérébrale compliquée d'endartérite (thrombose) avec méningite gommeuse de la base. Il insiste sur l'apparition préalable et précoce de céphalalgies et vertiges violents qui pendant longtemps ont constitué les seuls symptômes; puis ce fut l'hémiplégie qui, ainsi qu'il arrive pour la thrombose syphilitique, se développa en 24 heures sans perte de connaissance. Ce n'est que plus tard qu'apparurent les troubles mentaux typiques et les symptômes locaux de la méningite gommeuse caractérisés par des phénomènes de névrite et de paralysie dans le territoire de la bandelette optique droite, de l'hypoglosse et du vago-accessoire gauches. L'atrophie de la langue, l'hémi-paralysie du voile du palais et les troubles de la déglutition indiquaient déjà la méningite gommeuse de la base du cerveau affectant en l'espèce les troncs nerveux en question. L'état ophtalmoscopique et l'anomalie spéciale de la réaction à la lumière des pupilles confirmèrent le diagnostic.

L'inertie pupillaire hémianopsique précisa l'atteinte de la bandelette optique droite. P. KERAVAL.

XXI. — **Quel est l'état de la pupille dans l'immobilité réflexe typique des pupilles**, par L. BACH. (*Neurolog. Centralblatt*, XXIII, 1904.) — **Contribution à la question de la genèse du myosis dans l'immobilité réflexe des pupilles**, par HEDDŒUS. (*Centralbl. f. Nervenheilk.* XXVIII. N. F. XVI, 1905.)

Dans l'immobilité réflexe des pupilles typique, *pure*, dit BACH, les pupilles sont étroites. Si l'immobilité en question est unilatéral ou plus prononcée d'un côté, la pupille de ce côté est généralement plus étroite. Il peut arriver cependant que la dimension des pupilles se rapproche de la dimension moyenne normale ; alors la réaction à la convergence est généralement prompte quoiqu'un peu lente, et la contraction présente un degré normal.

L'immobilité réflexe se peut aussi transformer en une *inertie pupillaire absolue* à laquelle peut s'ajouter une paralysie de l'accommodation ; de la pupille étroite on passe alors à une pupille dilatée ; cette transformation peut être uni ou bi-latérale. L'évolution inverse est un peu moins fréquente. Ainsi il peut exister d'abord de la parésie ou de la paralysie du sphincter pupillaire d'un côté ou des deux avec ou sans paralysie de l'accommodation ;

ces phénomènes peuvent rétrocéder graduellement pour laisser la place à l'immobilité pupillaire réflexe typique.

La *même lésion* peut présider aux deux formes de l'immobilité pupillaire, mais elle a des sièges différents. Elle occupe, dans l'immobilité réflexe typique, les centres d'arrêt du bulbe ou les voies qui, du cerveau ou de la moelle, agissent sur ces centres. Dans l'inertie absolue, il faut envisager : en première ligne, un processus pathologique périphérique ; en second lieu, une altération du ganglion ciliaire ou du noyau de l'oculo-moteur commun. Peut-être aussi dans l'immobilité réflexe l'automatisme des muscles iriens (Lewandowsky) intervient-il pour modifier les dimensions des pupilles.

Il n'y a pas lieu de supposer que l'immobilité absolue représente un stade préliminaire ou consécutif régulier de l'immobilité réflexe, car cette dernière se peut développer graduellement et subsister à l'état de complexus pur pendant des années. Aussi les explications d'Heddœus sur le mécanisme de l'immobilité réflexe sont-elles peu convaincantes (*Handbuch d. ges. Augenheilkunde* 2e édit. IV ch. 1. appendice). D'après les recherches anatomiques et expérimentales récentes, il faut surveiller le bulbe et la moelle cervicale.

La plupart des auteurs imputent au *centre cilio-spinal* le *myosis* de l'immobilité réflexe, et celle-ci à la région des tubercules quadrijumeaux. Contre des foyers éloignés l'un de l'autre plaide la diminution si fréquemment adéquate de la réaction directe et indirecte à la lumière ainsi que du diamètre de la pupille. Contre eux plaide encore l'absence si fréquente de troubles du grand sympathique d'un autre ordre dans l'œil du tabétique.

Voici d'autre part l'opinion de M. Heddœus.— Eclairez et plongez alternativement dans l'ombre les deux yeux simultanément. Si la pupille A ne change pas de dimension tandis que l'autre pupille B varie dans des proportions normales (inégalité pupillaire), sans que cependant les deux pupilles cessent de se contracter à la convergence, vous pouvez diagnostiquer l'immobilité réflexe de A, c'est l'*immobilité réflexe unilatérale*.

Si procédant de la même façon, vous constatez l'inertie des deux pupilles à la lumière contrastant avec leur réaction à la convergence, ne concluez pas hâtivement à l'*immobilité réflexe bilatérale*, car vous pouvez avoir affaire à l'*engourdissement réflexe des deux yeux* par suppression de la fonction des deux nerfs optiques ou des deux bandelettes optiques ; seulement cette affection est si rare qu'elle ne peut guère entrer en ligne de compte ; il n'y faut songer que si les pupilles sont très larges et s'il y a cécité.

Dans l'immobilité réflexe propre des pupilles, celles-ci sont généralement étroites. Ce *myosis* pourrait bien dériver de l'immobilité réflexe même. En effet, outre la réaction à la lumière, les

oscillations physiologiques de la pupille font défaut. Pendant les efforts d'accommodation et de convergence, la pupille immobile se rétrécit mais non, comme cela a lieu chez l'homme normal, pour se dilater un peu aussitôt après ; elle reste figée dans son rétrécissement jusqu'à ce que l'accommodation cesse et alors seulement elle redevient lentement un peu plus large. Il y a donc *raideur irienne, raideur des mouvements de l'iris avec tendance au myosis.* Cette raideur sera exagérée forcément par tout effort d'accommodation et de convergence. Kirchner arrive sous l'influence de la réaction à la fermeture palpébrale, à transformer mydriase en myosis permanent dans l'immobilité pupillaire absolue, c'est-à-dire quand la pupille ne réagit ni à la lumière ni à l'accommodation ; *à fortiori* peut-il en être ainsi dans l'immobilité réflexe où le muscle qu'il s'agit de pousser à se contracter se contracte déjà régulièrement pour tout travail exigeant la vision de près.

Ce mécanisme inapplicable aux gens qui n'ont coutume ni de lire ni d'accommoder, inapplicable aussi aux cas, rares d'ailleurs, de myosis sans immobilité pupillaire réflexe, n'explique point pourquoi la pupille rétrécie par l'accommodation demeure étroite ; il faut encore d'autres recherches.

Quoi qu'il en soit, la pupille A qui, par le procédé d'examen indiqué, ne change pas de dimension, qui ne réagit ni directement ni consensuellement à la lumière, est atteinte d'immobilité réflexe, puisqu'elle réagit à la convergence. *Sa voie centrifuge n'est pas libre.* La pupille B qui réagit normalement et à la lumière et à la convergence, a conservé la conductibilité complète de l'oculomoteur commun. Pour rechercher l'état de la *voie centripète*, du moins quand un individu a conservé la mobilité d'une pupille, on examine chaque œil séparément en l'éclairant et le plongeant dans l'ombre alternativement. Si, quand on agit ainsi sur l'œil A, la pupille B ne réagit pas, il est à croire que l'immobilité réflexe unilatérale se complique de l'engourdissement réflexe de A, notamment par atrophie du nerf optique ; si la pupille B ne réagit pas directement, il y a lieu de croire à la même complication de l'œil B.

Pour M. Heddœus, la triple fonction des yeux, convergence, accommodation et contraction pupillaire concomitante, est commandée par le *centre cortical de la convergence.* Ce centre, par l'oculomoteur commun, envoie des rênes aux organes terminaux: muscle droit interne, muscle ciliaire, muscle sphincter pupillaire. Ces six rênes sont à leur origine si intimement entrelacées qu'aucune ne peut être tirée séparément, toujours les cinq autres sont simultanément tendues. Marina extirpe chez le singe le droit interne ; à sa place, il greffe le droit supérieur ou le grand oblique ; il constate que la réaction à la convergence persiste in-

tacte. Cela prouve le bien fondé de la théorie précédente, et non, comme le veut Marina, que la réaction à la convergence des pupilles soit indépendante de la convergence des yeux.

P. KERAVAL.

XXII. — **Nouvelle contribution à l'anatomie pathologique de la tétanie ; étude clinique des vaisseaux de l'encéphale calcifiés**; par A. PICK. (*Neurolog. Centralbl.* XXIII, 1903.)

Il s'agit d'une femme de 37 ans, atteinte depuis des années de tétanie ultérieurement compliquée de cataracte bilatérale. A la suite d'interventions opératoires, elle est prise d'accès de confusion mentale avec agitation auquel elle finit par succomber. Les petits vaisseaux et les capillaires du noyau dentelé du cervelet et des ganglions centraux du cerveau présentent la dégénérescence calcaire sous diverses formes et à divers degrés. Dans les boules de chaux ainsi que dans les coques qui en proviennent, on trouve la réaction de *l'albuminate de fer* ; les vaisseaux décalcifiés ne la fournissent pas.

P. KERAVAL.

XXIII. — **Tétanie accompagnée de phénomènes myotoniques** ; par E. E. FOSS. (*Obozrénié psichiatrii.* IX. 1904.)

Deux observations.

Dans la première il s'agit d'un tailleur de 17 ans qui présente les signes de Chvostek, Hoffmann et Trousseau ; mais ce dernier n'affecte pas la forme typique. Toute excitation mécanique, électrique, volontaire qui dure quelque temps provoque une contraction tonique convulsive soit des antagonistes, soit d'autres muscles plus éloignés. Cette contraction se prolonge près d'une minute ; on peut l'atténuer par suggestion verbale.

Ces convulsions ne semblent pas douloureuses ; mais elles provoquent de petits frissons dans les parties éloignées. On les observe dans toutes les extrémités, mais elles ne sont pas symétriques et ne s'observent pour ainsi dire pas sans certaines causes.

Le malade ferme-t-il vivement les paupières, il ne réussit plus à les ouvrir que graduellement. Les muscles de la face ne présentent cependant pas de convulsions. Pendant qu'il mange, il sent parfois sa langue se rouler en pelote. Intégrité des muscles de la déglutition, de la respiration, de la vessie.

La marche est difficile, mais à un degré peu marqué et surtout lorsqu'il s'agit de descendre un escalier. Dans le décubitus dorsal, les mouvements actifs et passifs des jambes sont totalement conservés et libres. Force musculaire partout normale.

L'excitabilité musculaire mécanique n'est pas augmentée ; on ne constate pas de bourrelet, non plus que la réaction d'excitation de Bechterew. — De l'examen complet il résulte que ce pa-

tient est porteur d'une myotonie congénitale très faible ; d'une tétanie surajoutée à celle-ci.

L'observation II concerne un jeune homme de 18 ans. Elle est caractérisée par l'apparition tardive des phénomènes myotoniques et l'absence de toutes convulsions autonomes de l'espèce tétanie. Au début cependant on réussit à démasquer des symptômes de tétanie latente accompagnée de phénomènes myotoniques.

P. Keraval.

XXIV. — **Des noyaux arciformes et des olives accessoires surnuméraires du bulbe**; par G. Volpi-Ghirardini. (*Neurolog. Centralbl.* XXIV, 1905.)

Travail accompagné de belles figures dont l'auteur conclut.

1. — Les noyaux arciformes du bulbe dépassent parfois la région des pyramides pour atteindre le voisinage de la 5e racine spinale.

La dénomination de « noyau ventral des pyramides », choisie par par Kœlliker, est donc impropre.— 2. Parfois dans le cordon latéral du bulbe on rencontre, à la périphérie, des noyaux qu'il ne faut pas confondre avec le noyau latéral. Ils appartiennent aux noyaux arciformes à raison de leurs relations avec les fibres arciformes externes antérieures. — 3. Les organites qui relèvent des noyaux arciformes ont pour caractère l'existence d'une substance fondamentale d'un bleu clair (méthode de Nissl). — 4. Si la grosseur des noyaux arciformes varie, c'est peut-être parce qu'ils se forment presque exclusivement chez l'homme. — 5. Les noyaux arciformes ne font pas toujours leur jonction avec les noyaux de la protubérance. Il est douteux que ces organes soient homologues. — 6. L'excès de développement anormal des noyaux arciformes s'accompagne fréquemment d'autres anomalies du bulbe (faisceau de Pick, olives accessoires surnuméraires, etc.)

P. Keraval.

XXV. — **De la pathogénie de la papille étranglée**, par A. Sænger. — **Contribution à la question de la nature de la papille étranglée** ; par A. Adamkiewicz. (*Neurolog. Centralbl.* XXIV, 1905.)

La papille étranglée provient d'après Sænger de l'*augmentation de la pression intra-cranienne.* En effet, elle manque souvent dans les grosses tumeurs qui occupent plutôt le voisinage du nerf optique (en particulier à la base), tandis que les petites tumeurs de même structure qui occupent la fosse postérieure du crâne produisent une papille étranglée considérable. Celle-ci est très rare dans les affections inflammatoires pures ; elle se montre au contraire dans les maladies indemnes de toute toxine telles qu'anévrysme des artères cérébrales, hématome de la

gaine des nerfs optiques, fractures du crâne. Les phénomènes inflammatoires de la papille se peuvent expliquer par un œdème stasique dû à la compression de la substance nerveuse ainsi qu'au barrage des voies sanguines et lymphatiques d'écoulement. L'élévation de la pression cérébrale joue le rôle principal dans la genèse de l'hydropisie de la gaine optique et autres manifestations de la papille étranglée ; la preuve c'est que la trépanation fait, quand elle est suffisante, disparaître ou diminuer la tuméfaction de la papille même dans les tumeurs cérébrales inopérables. La ponction lombaire montre l'augmentation de la pression du liquide cérébro-spinal en pareils cas, et peut atténuer l'œdème papillaire.

Pourquoi, dans les tumeurs cérébrales, la papille étranglée peut-elle manquer ou rétrocéder spontanément ? Le plus souvent la pression, une prolifération cellulaire, un rétrécissement osseux au niveau du trou optique suppriment la communication des gaînes optiques avec la cavité cérébrale et l'œdème central ne peut se propager au tronc du nerf optique. La papille étranglée passagère a pu échapper à l'observateur. Enfin elle a pu rétrograder parce que l'occlusion s'est dissipée dans le sinus caverneux.

Adamkiewicz. — 1. *Il n'y a pas de pression cérébrale* parce que quand le liquide céphalo-rachidien afflue dans la cavité cranienne sa pression n'atteint jamais celle des capillaires sanguins qui le produisent ; quand son écoulement est diminué, il ne peut s'accumuler dans la cavité cranienne parce qu'alors il s'échappe par les veines du diploé toujours ouvertes. — 2. L'augmentation de pression du liquide céphalo-rachidien n'a lieu que lorsqu'à ce liquide se mêlent des produits de l'inflammation en rapport, eux, avec une pression exagérée. La rétrocession de la papille étranglée par trépanation ou ponction lombaire s'explique comme la guérison des anthrax ou abcès par les incisions — 4. Il est impossible d'engendrer expérimentalement la papille étranglée en augmentant artificiellement la pression à l'intérieur du crâne ; on n'obtient jamais que des stases dans les veines choroïdiennes. (Voy. *Archives de Neurologie*, t. VI. 2e série, page 307.)

P. Keraval.

XXVI.— **Contribution à la connaissance de la dissociation thermique et de la sensation algique dans les blessures et affections de la moelle**; par J. Piltz. (*Neurolog. Centralbl.*, XXIV, 1906.) Etude détaillée de 3 observations et des travaux des auteurs.

1. Les troubles de la sensibilité thermique et algique peuvent avoir une origine cérébrale, spinale ou périphérique. On en observe dans l'hystérie, dans les hémiplégies capsulaires et cor-

ticales, dans les blessures et affections de la moelle, dans la compression, les blessures et les maladies des nerfs périphériques. — 2. La thermo-analgésie spinale survient dans la syringomyélie, dans les traumatismes de la moelle, dans la compression de la moelle, dans l'hématomyélie centrale et l'apoplexie du cordon latéral de la moelle, dans le tabès, dans la pachyméningite hypertrophique, dans la syphilis spinale, dans la myélite par compression et dans la myélite chronique. — 3. La topographie de la thermo-analgésie spinale à la surface de la peau est radiculaire. — 4. Il existe dans la moelle une voie spéciale propre à conduire les impressions thermiques et douloureuses ; cette voie est séparée des voies qui servent à conduire la sensibilité tactile et le sens musculaire. — 5. Voici le trajet suivi par la voie qui conduit les impressions thermiques et douloureuses : racine postérieure, corne postérieure, commissure de la substance grise, cordon antéro-latéral et finalement périphérie latérale de ce cordon, suivant toute probabilité le faisceau de Gowers. — 6. Deux neurones président à la conductibilité thermique et douloureuse ; la cellule nerveuse du premier neurone (nommé aussi protoneurone) occupe le ganglion spinal ; celle du second (nommé également deutoneurone) occupe la substance grise de la moitié opposée de la moelle. — 7. Toute lésion unilatérale de la substance grise de la moelle engendre : *a*). Une thermo-analgésie du même côté (homologue) pourvue que cette lésion soit limitée à la corne postérieure du même côté, par laquelle passe le protoneurone ; *b*). une thermo analgésie croisée quand cette lésion a détruit la substance grise dans le voisinage de la corne antérieure, par laquelle passe le deutoneurone qui vient du côté opposé ; *c*). une thermo-analgésie bilatérale quand la lésion a atteint les deux endroits de la substance grise. — 8. Toute lésion limitée de la substance grise ne donne jamais qu'une thermo-analgésie limitée à une surface cutanée déterminée, sous forme d'une hémizone qui correspond exactement et invariablement au segment de la moelle lésé correspondant. — 9. Toute lésion du cordon latéral y compris sa périphérie latérale où le faisceau de Gowers engendre constamment une thermo-analgésie croisée totale qui monte des orteils. — 10. L'hémizone de la thermo-analgésie homolatérale, produite par une lésion de la substance grise (ou de la corne postérieure) débute en général immédiatement au-dessous de l'endroit lésé ; l'hémizone de la thermo-analgésie contralatérale, produite par une lésion de la substance grise (ou du voisinage) de la corne antérieure, débute à peu près à 4 vertèbres au-dessous de l'endroit lésé. — 11. La limite supérieure de la thermo-analgésie totale croisée, produite par une lésion de la substance blanche ou du cordon latéral y compris le faisceau de

Gowers, est à peu près à cinq vertèbres ou à cinq apophyses épineuses au-dessous de l'endroit lésé. — 12. La limite supérieure de la thermo-analgésie totale croisée, produite par une lésion de la périphérie latérale du cordon latéral ou du faisceau de Gowers est environ à six ou sept vertèbres (ou apophyses épineuses) au-dessous de l'endroit lésé. — 13. Quand la limite supérieure de la thermo-analgésie totale croisée commence à six ou sept vertèbres au-dessous de l'endroit de la lésion traumatique de la moelle, nous pouvons, en dépit d'une hémiplégie ou d'une hémiparaplégie possibles, affirmer que le faisceau latéral des pyramides n'a pas été sectionné, que la paralysie motrice rétrocédera et que le patient récupèrera la fonction des membres paralysés. — 14. Dans la région occupée par la limite supérieure de la thermo-analgésie totale croisée, peut-être même de la thermo-analgésie du même côté, on trouve souvent une dissociation de la sensation des impressions caloriques, algides, algiques ; la limite supérieure de l'anesthésie thermique occupe le niveau supérieur, celle de l'anesthésie algide occupe le niveau inférieur, celle de l'analgésie est entre ces deux niveaux. — 15. La dissociation des sensations de chaleur et de froid atteint son maximum à l'épreuve de + 50° et de 0°. — 16. Les limites supérieures des thermo-anesthésies à l'égard des températures supérieures à + 50°, par exemple à l'égard de + 60°, + 70°, + 80°, etc..., descendent toujours graduellement au-dessous de la limite supérieure de la thermo-anesthésie à l'égard de + 50° pour se rapprocher par en haut de la limite supérieure de l'analgésie. — 17. Les limites supérieures des thermo-anesthésies à l'égard de températures inférieures à 0°, par exemple à l'égard de — 5°, — 10°, etc... s'élèvent graduellement au-dessus de la limite supérieure de la thermo-anesthésie à l'égard de 0°, pour se rapprocher par en bas de la limite supérieure de l'analgésie. — 18. Les limites supérieures de la thermo-anesthésie à l'égard de températures intermédiaires à 0° et + 50° gisent entre les limites supérieures à l'égard de ces deux températures.

P. Keraval.

XXVII. — **De la nature et de la spécificité des substances toxiques contenues dans le sérum sanguin des épileptiques** ; par C. Ceni. *Centralbl. f. Nervenheilkunde*, XXVIII. N. F. XVI, 1905.)

Résultats des recherches de l'auteur.

1. Le sérum des épileptiques emprunté à ceux des malades dont l'affection évolue régulièrement pendant les phases paroxystiques, ou interparoxistiques ne détermine à la dose hypodermique de 10 centim. cubes chez d'autres épileptiques aucun phénomène immé-

diatement aigu ; il est d'ordinaire toléré par ces derniers. — 2. Ce même sérum emprunté à des malades attteints d'épilepsie grave ou surtout, pendant les périodes d'état de mal qui, assez souvent se produisent sans cause et troublent l'évolution régulière de l'affection, ce sérum-là est très fréquemment fort hypertoxique ; il possède des attributs de toxicité caractéristiques semblables à ceux de l'antisérum humain et en particulier de l'antisérum préparé par injection à l'animal du sérum sanguin des épileptiques. Le sérum hypertoxique de l'épileptique peut, même à petites doses, provoquer chez n'importe quel autre épileptique à l'instant des phénomènes d'empoisonnement aigu accompagnés de réaction locale et générale. Celle-ci est principalement caractérisée par de la lourdeur de tête, de la confusion intellectuelle, par un état fébrile, par l'aggravation des symptômes de l'épilepsie. — 3. Le degré de toxicité du sérum en question ne dépend pas de la gravité de la maladie de l'épileptique qui le reçoit.

Tous les épileptiques ne réagissent pas au même degré à ce sérum hypertoxique ; il y a à cet égard des variétés individuelles remarquables.

Les épileptiques capable de supporter de fortes doses de sérum hypertoxique sont aussi moins sensibles aux injections d'antisérum spécifique, et *vice versâ*. — 4. Injecte-t-on 10 centim. cubes de sérum hypertoxique à un épileptique pendant la phase d'aggravation de sa maladie (état de mal) on n'obtient pas de phénomènes d'intoxication aiguë ; lui fait-on cette injection quelques jours après que l'aggravation a disparu, quand le patient est revenu à son état normal, on obtient aussitôt des phénomènes d'empoisonnement aigu semblables à ceux que l'on obtient chez d'autres épileptiques. — 5. L'hypertoxicité du sérum d'un épileptique peut également précéder de quelques jours l'explosion des phases d'aggravation de sa maladie ; elle est donc en rapport avec la cause de cette aggravation. — 6. Chez les hommes qui ne sont pas épileptiques, l'injection de ce sérum hypertoxique peut créer un effet toxique aigu ; mais celui-ci est d'ordinaire peu violent et il ne s'accompagne pas des symptômes spécifiques de l'épilepsie. — 7. Les diverses espèces d'animaux, (chien, chat, lapin, cobaye, souris blanche, poule, supportent de très fortes doses de ce sérum hypertoxique, de même que le sérum sanguin d'homme normal. Elles ne présentent pas de phénomènes témoignant d'une action spécifique immédiatement toxique. Par conséquent les principes toxiques épileptogènes contenus dans le sang des épileptiques doivent être considérés comme spécifiques pour l'homme. — 8. L'hypertoxicité du sérum des épileptiques doit être attribuée à la présence en excès des deux éléments qui forment le poison épileptogène, notamment à l'excès de la substance sensible.

P. Keraval.

XXVIII.—**Contribution à la question de l'onde musculaire chez les aliénés** ; par A. TZARIÉGRADSKI. — **Contribution à la valeur clinique de l'onde musculaire** ; par E. N. IWANOW. (*Obozrénié psichiatrii*, VIII, 1903.)— **De l'onde musculaire dans la myotonie** ; par W. M. BECHTEREW (*Obozrénié psichiatrii*, VIII, 1903 ; *Neurolog. Centralbl.* XXIII, 1904.) — **Contribution casuistique à la contracture faciale tonique primitive avec onde musculaire** ; par V. VITEK. — **Contribution à la casuistique de la myokymie** ; par G. MEINERTZ. (*Neurolog. Centralbl.*, XXIII, 1904.)

Frappez, dit TZARIÉGRADSKI, le biceps, et quelques secondes après vous constaterez un cordon ou une arête dure qui disparaît rapidement. Le phénomène rarement accessible à la vue ne se perçoit qu'au toucher. On l'a obtenu chez 267 aliénés sur 344 ; il manquait chez 68. Il est apparu dans presque toutes les formes mentales. On a laissé de côté les psychoses de l'enfance et de la jeunesse, l'onde musculaire étant à ces âges tenue pour physiologique. L'onde musculaire apparaît tout particulièrement dans la confusion mentale (100 %) ; la démence paralytique (90 %) ; la démence consécutive (97 %). Elle a fait défaut dans 5 psychoses hystériques, sur 14 ; chez huit alcooliques chroniques sur 30 ; dans sept folies périodiques sur 18. Ce phénomène tient aux troubles physiques qui ont déterminé la maladie mentale, il n'a donc rien de pathognomonique.

Les recherches d'IVANOW sur aliénés épileptiques, hystériques, neurasthéniques ; dans les affections méningo-cérébrales, méningo-spinales, névritiques, choréiques ; dans les tremblements, céphaliques, la fièvre typhoïde en activité ou à la période de convalescence ; chez les gens en bonne santé se résument ainsi. L'auteur a percuté ou pincé le biceps brachial, le grand pectoral, le trapèze : 1. L'onde musculaire ou contraction idiomusculaire, constitue un signe de réaction locale extérieure du muscle localement excité ; les fibres musculaires se soulèvent au-dessus de la surface du muscle en un point limité ; c'est la contraction partielle ou raccourcissement des fibres au lieu de l'excitation. — 2. Ce phénomène, physiologique, appartient, comme les réflexes à tous les muscles striés de l'organisme animal ; seulement, pour qu'il se produise, il n'est pas besoin que le système nerveux entre directement en action. Il existe une *onde musculaire normale* qui tient le milieu entre l'absence totale du phénomène et son excès ; cet excès se traduit par un bourrelet d'un centimètre, et plus, de hauteur qui dure parfois de 30 à 40 secondes. L'absence totale et l'excès du bourrelet persistant traduisent une anomalie. — 3. La grande majorité des gens bien portants (84 °/₀) manifestent l'onde musculaire qui est d'ordinaire plus accentuée quand

le muscle vient de travailler ; cette exagération tient à la fatigue musculaire, à l'accumulation dans le muscle des produits de dédoublement, ainsi qu'à l'épuisement de l'influence des centres sur le système musculaire. — 4. L'onde musculaire normale indique que la substance du muscle a son excitabilité et sa contractilité normales ; est-elle accentuée, c'est que le muscle trop excité, s'affaiblit en réalité, que son activité va diminuer ; est-elle absente, c'est que l'excitabilité musculaire est diminuée ou perdue temporairement ou pour toujours. — 5. La clinique mentale ou nerveuse enregistre ce qui suit :

A. *L'onde musculaire accentuée* caractérise, de même que les réflexes exagérées; *a*) l'affaiblissement de l'activité vitale des tissus musculaire et nerveux qui dépend de causes générales, l'épuisement de l'économie, et la surchage de ces tisssus par les produits de leur métamorphose biologique, ex. : psychoses aiguës (70 %) : névroses constitutionnelles (70 %) ; épilepsie (100 %) ; *b*) l'affaiblissement de l'influence exercée sur les centres nerveux inférieurs par les centres psychiques supérieurs, ex. : démence congénitale (84 %) et autres démences : c) l'affaiblissement de la tonicité des centres spinaux, notamment au début des divers processus chroniques de la moelle et de ses membranes (proport. maxima 75 %).

B. *L'absence complète d'onde musculaire* trahit un état pathologique du système nerveux en rapport : *a*) avec une suractivité musculaire par excitation ou irritation du centre ou du conducteur nerveux, ex. : convulsions, contractures, états de tension même sans convulsions, de l'hystérie et de la neurasthénie (25 %) ; *b*) l'inactivité du muscle par rupture de la communication avec le système nerveux central, ex. : destruction et atrophie des centres et conducteurs cérébro-spinaux moteurs ou trophiques et période ultime des hémorrhagies, myélites, névrites ; *c*) la dégénérescence du muscle dépendant ou non du système nerveux, ex : myosites, atrophie musculaire par inaction des ankyloses, — 6° Chez le *mourant* il y a *accentuation de l'onde musculaire* au moment où la vie du tissu nerveux est presque complètement éteinte : cela prouve que le tissu musculaire possède son excitabilité propre, mais il y a lieu de tenir compte de la surchage du muscle en substances chimiques de dédoublement et de la cessation de l'influence des centres nerveux. —7° Dans les psychoses aiguës l'onde musculaire accentuée et l'exagération des réflexes s'observent presque aussi souvent que chez les typhiques dont 44 % souffrent aussi de psychoses aiguës bien que discontinues. Il s'agit évidemment des mêmes facteurs ; déchéance accusée de la nutrition du système nerveux ; action nocive et des produits du métabolisme et des subtances chimiques élaborées par des microbes étrangers à l'organisme.

Pour Bechterew le mieux, afin d'obtenir le bourrelet musculai-

re, est de comprimer entre les doigts transversalement le muscle puis de cesser brusquement. Ce bourrelet survient dans la *myotonie* lentement et s'évanouit de même ; il dure assez souvent de 12 à 15 secondes. Chez les gens normaux au contraire, il se produit et cesse tout à coup, durant en tout 3 à 5 secondes. Chez les myotoniques, à l'endroit où l'on a comprimé le muscle, il s'effectue une petite dépression qui fait place au renflement de la masse musculaire. Ces particularités sont en rapport avec le trouble du métabolisme de la myotonie (*voyez Obozrénié psichiatrii*, 1898. *Neurolog. Centralblatt*, 1900. *Archives de Neurologie*, 2e série, t. VIII, p. 420, etc.)

Enfin voici deux observations. Celle de *Meinertz* concerne des contractions fibrillaires parcourant tout le système musculaire strié d'un homme de 41 ans ; il existe en sus du tremblement des mains, de l'exagération des réflexes patellaires, de la diminution du réflexe pharyngé. Aucun autre symptôme. Cette affection dure depuis deux ans.. Cette onde musculaire est pour l'auteur un symptôme de neurasthénie au même titre que les autres phénomènes sus-indiqués; elle n'entraîne pas de mouvements. Evidemment les cornes antérieures de la moelle sont hyperexcitées. Cause inconnue. Le malade a jadis manié beaucoup la céruse. Dans le cas de M. *Vitek* il s'agit d'un jeune garçon de 11 ans, indemne de toute tare héréditaire ou acquise. Il lui est tout à coup survenu un spasme tonique de la moitié droite du visage ; en même temps les muscles contracturés sont devenus le siège d'une onde musculaire intense. Cet état dure 3 semaines ; à la fin de la 3e semaine, il n'existe plus qu'une contracture légère de l'orbiculaire des paupières, du frontal, de l'orbiculaire des lèvres, accompagnée d'un menu tremblement fibrillaire. Finalement tout rentre dans l'ordre. Il est à craindre qu'on n'ait été en présence d'un syndrôme ressortissant à une affection profonde jusque là latente du système nerveux central. P. Keraval.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

Séance du 6 *juillet* 1905. — Présidence de M. Brissaud

Maladie de Parkinson.

M. Raymond présente deux parkinsoniens, chez l'un desquels les symptômes se sont localisés dans le domaine des seuls nerfs craniens, et chez l'autre, généralisés selon le type complet de la paralysie agitante avec double clonus du pied, établissant une ressemblance très suggestive avec des accidents pseudo-bulbaires.

M. Brissaud considère la maladie de Parkinson comme une affection pseudo-bulbaire à localisation sous-thalamique. Il présente, avec M. Meige, un parkinsonien atteint de tremblement des paupières et de troubles de la déglutition, chez qui le début par des phénomènes hémiparétiques douloureux confirment la nature organique de la maladie.

Obsédé ayant l'apparence d'un extatique.

MM. Ballet et Faguet présentent un malade qui a d'abord revêtu l'aspect d'un mélancolique en stupeur et qui ressemble aujourd'hui à un extatique. Ce n'est pourtant qu'un obsédé qui, pour penser, est obligé de représenter les idées en images visuelles. Il ne commence à parler qu'avec une extrême difficulté puis se hâte précipitamment de peur d'être repris par son obsession avant la fin de ce qu'il veut dire.

Epilepsie jacksonienne héréditaire.

MM. Déjerine, Leenhardt et Moréro. — Il s'agit d'un cas d'épilepsie jacksonienne survenant chez une jeune fille de 15 ans dont la mère est atteinte depuis vingt-six ans de la même affection. La mère a eu sa première attaque à l'âge de dix ans. C'est surtout la face et le côté gauche du corps qui sont pris ; pour la fille, c'est le côté droit. Le régime déchloruré appliqué d'une façon minutieuse depuis un mois a amené une cessation complète des crises et des absences.

M. Déjerine, très enthousiaste du régime déchloruré, a eu un nombre considérable de succès par ce traitement. MM. Raymond, Marie, Brissaud, Ballet et Dupré ne partagent par son opinion.

Surdité verbale familiale congénitale.

MM. Taguet et Robert Foy montrent deux enfants de cinq et trois ans, frères, qui quoique ayant appris à parler sont atteints de surdité verbale congénitale vraisemblablement liée à un arrêt de développement de la première temporale gauche.

Deux cas de purpura à topographie radiculaire.

M. P. Armand-Delille a observé chez une petite fille atteinte d'endopéricardite rhumatismale une éruption purpurique localisée, pour une première poussée, aux avant-bras et aux mains, sur les territoires des 8e racines cervicales et 1re dorsales ; aux membres inférieurs, sur les territoires des 6e lombaire et 1re sacrée ainsi qu'à la région vulvaire, dans le territoire des 3es sacrées. Une deuxième poussée, survenue quatre jours après, se fit sur les territoires des 6e et 7e cervicales, ainsi que sur la zone de la 6e à la 11e racines dorsales et à la fesse droite, sur le territoire des 3e lombaires.

La 2e observation porte sur une adulte, hémiplégique et syphilitique ancienne, chez laquelle une éruption purpurique se localisa symétriquement aux territoires des 5e lombaires et 1re sacrées.

Atrophie musculaire avec réactions électriques de la maladie de Thomsen.

MM. Lortat-Jacob et P. Thaon présentent un malade affecté d'une atrophie musculaire portant sur la face, la langue, la ceinture scapulaire, les membres supérieurs, la ceinture pelvienne et la région antérieure de la cuisse. Cette amyotrophie paraît avoir débuté vers l'âge de 16 ans au moment d'une fièvre infectieuse rapide de nature indéterminée, et avoir évolué insidieusement jusqu'à ces derniers temps. Pas de troubles trophiques, quelques contractions fibrillaires ; les réflexes ne sont pas sensiblement modifiés. Les facultés intellectuelles sont amoindries ; émotivité considérable. Il existe de plus, chez ce malade, une anesthésie à tous les modes, étendue à la presque totalité du corps, sauf quelques îlots de sensibilité normale. Anesthésie pharyngée, cornéenne, anosmie... Pas de troubles pupillaires. Pas d'antécédents ni de stigmates de syphilis. La ponction lombaire donna des résultats négatifs. L'examen électrique, pratiqué pour compléter l'étude de cette amyotrophie et préciser sa nature, révéla les réactions caractéristiques de la maladie de Thomsen. En possession de cette indication précise, on put retrouver chez le malade quelques symptômes cliniques de myotonie, notamment une légère raideur au début des mouvements volontaires (mastication, acte d'ouvrir et fermer vivement la main, de se lever et marcher). S'il s'agit ici d'une maladie de Thomsen, c'est là une forme exceptionnelle de cette affection, soit que l'atrophie musculaire ait évolué parallèlement, soit qu'elle ait succédé à une phase d'hypertrophie musculaire dont nous n'avons pas pu retrouver la trace dans les commémoratifs. L'adjonction de troubles sensitifs, quelque en soit la nature, est à noter.

Association des spasmes organique et fonctionnel.

M. Babinski montre un malade atteint de spasme organique du trapèze (continuant pendant le sommeil) et de spasme psychique de la musculature faciale et des peauciers.

Spasmes.

M. Lamy montre un chien atteint de spasme du temporal et du masséter, et un malade atteint de spasme clonique accompagné de contraction paradoxale des peauciers et zygomatiques dans l'occlusion des yeux.

Parésie spasmodique des athéromateux.

MM. Dupré et Lemaire montrent un athéromateux de soixante-douze ans atteint de parésie spasmodique avec amyotrophie des membres inférieurs, sans troubles cérébraux ni pseudo-bulbaires. L'angiosclérose doit être strictement médullaire. M. Marie n'est pas de cet avis.

Paraplégie flasco-spasmodique pottique.

MM. Dupré et Camus rapportent un cas de cette affection sans compression de la moelle, ni leptoméningite, ni adhérences. Le syndrome semblait répondre à la compression radiculaire et à l'imprégnation de la moelle par les toxines tuberculeuses.

Hématomyélie.

MM. Raymond et Guillain montrent un malade atteint d'hémiplégie spinale à topographie radiculaire dans le membre supérieur avec contracture des fléchisseurs sans troubles électriques avec thermo-anesthésie croisée. Ils montrent chez ce même malade un réflexe consistant dans une extension de la main avec flexion des doigts quand on excite la face antérieure de l'avant bras.

Ils ne l'ont pas retrouvé dans l'hémiplégie cérébrale de l'adulte.

Ostéo-arthropathies tabétiques.

MM. Raymond et Guillain montrent un tabétique atteint d'ostéo-arthropathies donnant à ses jambes l'aspect éléphantiasique et chez qui la radiographie a montré des altérations osseuses exceptionnellement développées.

Ostéo-arthropathies syphilitiques.

MM. Guillain et Hamel présentent un malade atteint d'ostéopathies tibio-tarsiennes hypertrophiantes, non douloureuses, qui sont apparues après des douleurs ostéocopes et sont accompagnées seulement de signes d'Argyll sans autre phénomène tabétique. Le traitement spécifique a produit une amélioration.

Ostéopathie rhumatismale.

MM. Guillain et Baudoin présentent une spondylose ankylosante avec hypertrophie progressive des pieds et attitude simiesque du malade simulant l'ostéopathie déformante de Paget.

Epithélioma de la moelle ; cytodiagnostic.

MM. Léri et Cathala chez un malade atteint de paraplégie flasque survenue brusquement avec rétention d'urine diagnostiquèrent un mal de Pott après ponction lombaire à polynucléaires et cellules pâles. On vit à l'autopsie qu'il s'agissait d'un épithélioma de la moelle.

Anomalies congénitales par atrophie numérique.

M. Klippel présente une malade de 24 ans qui, en l'absence de toute lésion atrophique organique ou dégénérative des muscles et des os, mais par simple diminution du nombre des éléments anatomiques, est atteinte depuis sa naissance d'un arrêt de développement des doigts et des orteils.

MM. Moutier et Robert Grasset montrent un cas de *sclérose latérale amyotrophique* évoluant depuis six ans et dont la symptomatologie est presque exclusivement bulbaire. F. Boissier.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE.

Séance du 17 *avril.* — Présidence de M. Vallon

Prix Belhomme.

M. Chaslin donne lecture de son rapport, à la suite duquel et conformément à ses conclusions, le prix Belhomme n'est pas décerné, une première mention honorable avec 300 frs. est accordée à MM. Boulenger et Minnaert de Bruxelles, et une seconde Mention avec 200 fr. à M. Boyer, professeur à l'Institut Médico-pédagogique de Vitry-sur-Seine.

La question mise au Concours pour le prochain prix Belhomme est ainsi conçue : *De la Démence épileptique chez l'enfant et l'adolescent.*

Prix Esquirol.

Conformément aux conclusions de M. Antheaume, rapporteur, le Prix Esquirol est décerné à M. Bonhomme, interne à Charenton pour sa : *Contribution à l'étude du caractère chez les paralytiques généraux*. Une mention honorable est accordée à M. L. Trepsa interne à l'Asile d'Evreux, pour son mémoire sur : *l'Etude des troubles physiques dans la démence précoce hébéphréno-catatonique.*

Prix Moreau (de Tours).

M. Pactet donne lecture de son rapport. Suivant ses conclusions, le prix Moreau (de Tours) est attribué à M. Privat de Fortuné auteur d'une *Etude sur les délires post-partum envisagés spécialement au point de vue de la pathogénie.* Des mentions honorables sont accordées à M. Jacquelier pour une *Contribution à l'étude des délires par auto-intoxication*, à M. Damaye, auteur d'un *Essai de diagnostic entre les états de débilité mentale* ; à M. Petit pour sa thèse intitulée : *Revue critique et clinique des atrophies musculaires progressives.* M. B.

Séance du 29 *mai.* — Présidence de M. Vallon.

Hypochondrie et lésions organiques latentes.

MM. Vigouroux et Collet communiquent les observations de deux malades, l'un atteint d'hypochondrie, et l'autre de mélancolie hypochondriaque, à l'autopsie desquels on trouva : chez le premier, un énorme lymphome tuberculeux de la région lombo-aortique, comprimant les vaisseaux et les nerfs de l'abdomen, et une méningite tuberculeuse terminale ; chez l'autre, un cancer de la petite courbure de l'estomac, avec lésions cérébrales beaucoup moins importantes.

Suppurations et rémissions dans la paralysie générale. (Voir p. 55).

MM. Marie et Violet rapportent l'observation d'un paralyti-

que général âgé de 37 ans, alcoolique et ayant de fâcheux antécédents héréditaires, chez lequel se manifesta une rémission assez accusée pour qu'il eût été possible de lui rendre la liberté et cela à la suite d'un phlegmon de la région sternale compliqué d'une pleurésie purulente.

M. Christian déclare n'avoir jamais obtenu d'amélioration, en provoquant des suppurations, chez les paralytiques généraux.

Confusion mentale et otite suppurée.

MM. Roy et Guisez communiquent l'observation d'une jeune fille atteinte d'une confusion mentale paraissant liée à une otite double suppurée, post-scarlatineuse et qui a guéri après opération (évidement pétro-mastoïdien). Cette jeune fille, héréditairement prédisposée, avait eu déjà un premier accès assez semblable.

M. Legrain a observé un cas de confusion mentale chez un étudiant porteur d'une mastoïdite qui nécessita une intervention chirurgicale. Le malade guérit six mois après.

M. Sérieux ajoute que, depuis, ce même étudiant eut un accès délirant absolument semblable sans coïncidence d'aucune lésion locale. Il guérit de nouveau.

M. Vigouroux se demande si le siège de la lésion a eu une influence sur le développement du délire, ou s'il ne s'agirait pas plutôt d'un délire simplement toxi-infectieux.

M. Legrain estime que l'intensité des hallucinations auditives observées doit faire penser à une action locale de la lésion.

M. Keraval rappelle que M. Bechterew a publié beaucoup de cas analogues.

M. Arnaud fait remarquer que les deux malades dont il vient d'être parlé, ayant eu déjà des accès délirants indépendants de toute lésion, rien ne permet d'affirmer que, dans les cas cités, on puisse scientifiquement conclure à une relation entre cause et effet.

Tentative de suicide chez un mystique par introduction d'un corps étranger dans l'œsophage.

M. Azémar rapporte l'observation d'un délirant mystique, ayant tenté de se suicider en s'introduisant dans le larynx un fragment de vaporisateur, représenté par un tube métallique du diamètre de 5 millimètres, sur une longueur de 12 centimètres, présentant en son milieu un renflement de 15 millimètres, d'où part un appendice servant d'amorce à la soufflerie. Cet aliéné, qui a commis impulsivement diverses tentatives de suicide analogues, demande parfois lui-même qu'on le mette dans l'impossibilité de les renouveler.

Deux cas de perversion sexuelle causée par des difformités acquises des organes génitaux.

Des deux observations présentées par M. Violet, l'une a trait à un jeune dégénéré qui à la suite de perte de substance de gland infligée par un chancre phagédénique recherchait l'orgasme sexuel en mordant dans la langue ou les pattes des chats. L'autre est relative à un homme de 50 ans qui, à la suite d'une volumineuse hernie scrotale double, ne pouvant avoir de rapports sexuels normaux, commettait des attentats à la pudeur sur des fillettes.

M. Colin ne voit pas trop comment un chat se prêterait volontiers aux actes exposés par M. Violet ; il craint que les renseignements n'aient été accueillis sans contrôle. En matière de perversion sexuelle, il faut se méfier des racontars des malades qui sont toujours vantards et menteurs. J'ai observé, ajoute-t-il, dans le service de M. Briand, une pensionnaire que M. Ritti connaît bien et qui, voleuse de profession, avait imaginé un roman sadique pour expliquer des vols de soieries. Marcel Briand.

SOCIÉTÉ D'HYPNOLOGIE ET DE PSYCHOLOGIE

Séance du mardi 16 *mai* 1905. — Présidence de M. Jules Voisin.

La graphologie et la médecine.

M. Pierre Boucard. — Étant un chapitre de la psychologie du mouvement (Ribot), la graphologie devrait devenir un moyen d'investigation médicale, au même titre que les troubles de la parole, de la marche, de l'attitude et de la motilité. L'écriture peut servir à établir le diagnostic précoce de certaines affections, telles, par exemple, que la paralysie générale à son début ; même les troubles de l'écriture, évoluant parallèlement à ceux de certains états pathologiques, donneraient une sorte de courbe fidèle de la maladie (1).

L'hypnotisme et le prétendu magnétisme humain.

M. Louis Favre. — La main de l'hypnotiseur agit tantôt par action psychique ou suggestive, tantôt par action physico-chimique ou biologique. M. Favre étudie cette dernière action biologique de la main sur le développement des microbes (23 expériences) et des végétaux (11 expériences).

L'hypnose spirite.

M. Demonchy analyse les pratiques spirites les plus courantes et y découvre les phénomènes les plus usuels de l'hypnotisation, tels que l'attente, l'émotion, le recueillement, la suggestionnabi-

(1) Nous en avons publié souvent des exemples, en particulier dans les *Comptes-rendus de Bicêtre* (1880-1904) et dans nos *Etudes cliniques et thermométriques dans les maladies nerveuses*, 1872-1873, etc. B.

lité, les contractures, les hallucinations, l'automatisme, etc. Le sujet spirite n'est plus en état de veille, mais hypnotisé au sens le plus large du mot.

14e séance annuelle, le 20 *juin* 1905.

PRÉSIDENCE DE M. ALBERT ROBIN.

Les bons et les mauvais simulateurs dans les accidents du travail.

M. A. COURTAULT. — Depuis l'application de la loi du 9 avril 1898, les prétendus invalides ou estropiés du travail sont nombreux ; pour obtenir une indemnité, certains simulent ou tout au moins exagèrent les conséquences de l'accident dont ils ont été victimes. Si la simulation est une des formes de la ruse, l'exagération est un phénomène psychique pathologique qui se manifeste à la suite d'un trauma, sous l'influence de la constitution et de diverses circonstances sociales. Au point de vue psychique, les secours et le traitement initial peuvent être de la plus grande importance, justement parce que le phénomène doit être considéré comme un phénomène psychique. Le traitement psychique, joue dès le commencement un rôle considérable dont les conséquences apparaîtront plus nettement encore à la fin, au moment de la liquidation judiciaire définitive.

M. BÉRILLON. — La simulation est d'autant plus difficile à dépister que les simulateurs trouvent des leçons dans les livres de médecine, dans les cours des examens médicaux et même auprès de certaines agences qui les instruisent dans l'art de simuler des maladies qu'ils n'ont pas. L'étude de la simulation est destinée à jeter une vive lumière sur la question toujours actuelle de l'organisation du parasitisme social. Le parasitisme revêt les formes les plus variées et les plus inattendues. Le parasite obéit à des dispositions tellement impulsives, ce qui lui donne un caractère de dégénérescence héréditaire, que, pour arriver à ses fins, il se donne souvent beaucoup plus de mal que s'il travaillait d'une façon normale.

Hoquet tenace guéri par la suggestion.

M. FEUILLADE (de Lyon). — A la suite d'une frayeur, une fillette de 10 ans et demi est atteinte de hoquet hystérique que l'on soigne, sans aucun résultat, pendant plus d'un mois, par les calmants, l'hydrothérapie, l'électrothérapie, etc. Constant dans la journée, il disparaît pendant le sommeil. La fillette ne s'alimente plus, elle maigrit et tombe dans un état d'anémie inquiétant. L'enfant dont l'attention est très difficile à fixer, peut, après la seconde suggestion, arrêter l'éructation bruyante. Le hoquet se traduit alors par des contractions douloureuses dans l'épigastre. Après la sixième suggestion, le hoquet s'arrête complètement ; l'enfant

n'a été endormie qu'à cette sixième séance. Un mois plus tard, le hoquet reparaît à la suite d'une nouvelle peur ; il disparaît à une seule suggestion.

La suggestion musicale.

M. Pamart. — Un bruit monotone, prolongé, répété, exclusif, peut provoquer l'hypnose, comme toute autre impression sensorielle revêtant les mêmes caractères peut le faire à divers degrés. La musique, plus complète dans son action, ajoute l'idéoplastie à la simple hypotaxie. La pensée de l'auteur s'exprimant sous une forme imprécise s'adapte à chaque auditeur suivant l'état particulier de celui-ci. Il y a une suggestion véritable que chacun subit sans résistance. Cette suggestion est renforcée par la mémoire musicale, qui la rend souvent très durable et parfois très intense. Sa facilité d'adaptation la rend très générale et elle s'exerce même sur beaucoup d'animaux.

Des modifications que subit la force nerveuse relativement à l'état de santé des sujets.

M. Paul Joire (de Lille). — J'ai montré, l'année dernière, comment on constate au moyen du thermomètre l'extériorisation d'une force nerveuse. Le caractère de cette force chez les sujets sains, quand on la mesure au moyen du sthénomètre, est de dévier l'aiguille de l'instrument d'un écart plus grand de la main droite que de la main gauche. Chez les malades, au contraire, on constate des déviations de cette force, déviations constantes et spéciales pour chaque maladie du système nerveux. Ainsi, les neurasthéniques présentent le renversement de la formule normale, c'est-à-dire, que l'écart obtenu avec la main gauche est supérieur à celui que donne la main droite.

Chez les hystériques il y a diminution presque absolue de l'écart d'une des deux mains et par conséquent, une différence beaucoup plus considérable entre les deux chiffres.

Chaque maladie nerveuse présente ainsi sa formule spéciale et, ce qui démontre bien que ces modifications sont sous la dépendance de la maladie, c'est que la formule inscrite par le sthénomètre redevient normale, au fur et à mesure de la guérison des sujets.

Suggestion pendant le sommeil naturel.

M. Rombotis (de Corfou) rapporte deux cas guéris par suggestion hypnotique. Dans le premier cas il s'agissait d'un tic de succion chez un enfant, dans le second de mélancolie avec idée fixe et nosophobie.

Importance de la psychothérapie dans le traitement des impulsions sexuelles.

M, Bérillon, — D'une façon générale, les enfants normaux,

tenus à l'écart des influences pernicieuses, restent asexuels jusqu'à l'âge de la puberté. A l'époque de la formation, l'apparition des fonctions génitales s'accompagne d'aspirations sexuelles, mais elles sont vagues et imprécises.

Cet état d'indétermination sexuelle persiste le plus souvent jusqu'à ce qu'une initiation ou même une véritable corruption calculée apporte à l'adolescent des notions précises qu'il n'avait pas soupçonnées jusqu'alors.

Tandis que les idées sexuelles acquises par les lectures, les conversations, les exemples, ne laissent dans l'esprit que des impressions le plus souvent passagères et fugitives, les leçons données par un initiateur laissent des impressions profondes, capables de se répercuter sur la vie génitale tout entière.

Nous avons observé de nombreux faits dans lesquels des impulsions sexuelles normales avaient eu comme point de départ très positif l'accomplissement d'actes inspirés ou conseillés par un initiateur coupable. La première sensation éprouvée avait été enregistrée par la mémoire avec une telle intensité que le souvenir de l'initiation se représentait dans toutes les circonstances où l'individu se trouvait sous l'influence d'un désir sexuel. Les habitudes sexuelles se trouvaient donc en dépendance étroite avec le fait initial et le réflexe génital n'était réveillé que par des idées se rapportant à ce fait.

L'explication de ces états mentaux se trouvent dans la suggestibilité souvent excessive qui caractérise les adolescents. On peut admettre que les actes commis l'avaient été dans un état d'attente affective, réalisant un véritable état d'hypnose de monoïdéisme ou tout au moins d'expectante attention. Dans tous les cas, les idées introduites par l'initiateur se comportaient comme des suggestions faites sur un sujet très hypnotisable. De la tenacité et la fixité des premières impressions normales ou anormales de la vie sexuelle. Les succès frappants, observés dans le traitement des impulsions sexuelles anormales (inversion et perversion sexuelles, fétichisme, onanisme, etc.), par la suggestion hypnotique indiquent que le point de départ de ces impulsions réside bien plus dans une mauvaise initiation à la vie sexuelle que dans un état de dégénérescence.

Perversion sexuelle guérie par l'hypnotisme.

M. Lloyd Tuckey (de Londres) rapporte l'observation d'un homme, plusieurs fois condamné pour attentat à la pudeur sur des petites filles. Cet homme a conscience de l'indignité de ses actes ; mais il ne peut résister à son impulsion criminelle. Au bout de trois mois de suggestion hypnotique, il est complètement guéri.

La grimace.

M. Maurice Bloch. — Il est fréquent de voir les malades grimacer à l'occasion de leurs douleurs ; or ce réflexe a lieu très souvent du côté opposé au siège de la douleur ; c'est un argument clinique en faveur de l'entrecroisement des fibres sensitives et de leur connexion étroite avec les fibres motrices dans le même hémisphère.

Le trac par asynergie des images mentales.

M. Paul Farez. — Il faut distinguer trois formes de trac :

1° La forme ordinaire, commune, -banale, presque normale quand elle est peu intense, maladive seulement quand elle devient excessive ; c'est le trac essentiel, primitif ; il survient d'emblée dans des circonstances données à titre de phénomène *émotionnel*, dont les paroxysmes s'accompagnent de désharmonie fonctionnelle, de déséquilibre mental, avec angoisse, troubles vasomoteurs ou secrétoires, incapacité fonctionnelle, perte de mémoire, etc...

2° Le trac résultant de la diathèse de scrupule : par exemple un virtuose, inquiet, douteur, se demande s'il sait son morceau, s'il n'aura pas d'absence de mémoire ; s'il ne fera pas de fausse note, etc.. En présence du public, il est distrait, dispersé, incapable de concentrer sa pensée ; esclave de ses idées parasites et de ses préoccupations mentales, il en arrive à jouer, devant un auditoire, mal ou beaucoup moins bien que dans la solitude : toujours inférieur à lui-même devant le public, il en arrive à redouter précisément de paraître en public, et le trac est ainsi constitué, consécutivement, à cette rumination mentale maladive ; au moment de l'audition, le trac se manifeste avec tout le cortège de troubles énoncés ci-dessus ; dans l'intervalle des auditions, il devient une phobie tyrannique et revêt la forme de l'obsession chez les dégénérés.

3° Une troisième forme (que les auteurs différencient mal des précédentes et qui en est pourtant bien distincte) est aussi secondaire, non plus à un état mental spécial, mais à une asynergie fonctionnelle (congénitale ou acquise) des diverses images mentales. Chez un homme normal, moyen, bien équilibré, les images visuelles, auditives, articulatoires, graphiques, se remplacent indistinctement à volonté, suivant les besoins, et peuvent se manifester, à tout moment, avec une intensité psychologique sensiblement égale. Au contraire, tel peintre usera supérieurement des images visuelles, mais sera fermé aux images auditives, et tel musicien inversement. Dans la pratique courante, on rencontre fréquemment l'exacerbation ou l'obnubilation de certaines

de ces images au détriment ou au profit de telles autres. Cette asynergie rend parfois la vie difficile et morose.

Exemple : Un lycéen, très travailleur, sait parfaitement sa leçon quand il l'a écrite de sa main, ou quand son oreille l'a entendu répéter un certain nombre de fois ; en classe, il est incapable de la réciter à haute voix ; il a de mauvaises notes et est considéré comme paresseux ; c'est un graphique auditif qui n'a pas l'usage facile et prompt des images articulatoires. Autre exemple, un prêtre rédige par écrit le sermon du dimanche suivant : il l'apprend avec les yeux ; pour se prouver qu'il le sait, il l'écrit en entier, de mémoire, très sûrement ; une fois en chaire, il bredouille et écoute maladroitement son discours ; c'est un graphique visuel qui ne sait pas manier les images articulatoires avec virtuosité. Dans ces cas et dans beaucoup d'autres de ce genre, l'inaptitude fonctionnelle fait redouter l'apparition en public, et le trac augmente encore l'inaptitude fonctionnelle.

Ces malades se sentent inférieurs, incomplets, amoindris, déplorent leur déchéance ; ils deviennent vite des découragés, des tristes, et pour peu que le terrain s'y prête, des obsédés.

Dans les deux premières formes de trac, dans la première surtout, l'hypnotisme, avec suggestion impérative, donne d'éclatants et de rapides succès. Dans cette troisième forme, c'est par éducation ou une rééducation méthodique et minutieuse qu'on parviendra à réveiller ou à exalter les groupes d'images demeurés à l'état rudimentaire et pour ainsi dire inculte. Le meilleur procédé est d'imposer en toute circonstance, à titre d'exercice et d'entraînement, le fonctionnement simultané, synergique, des divers groupes d'images, de manière que celles-ci s'associent fortement et puissent par la suite se susciter l'une l'autre et se remplacer aisément. L'hypnotisme devient un précieux auxiliaire dans cette œuvre d'éducation psychologique. Comme c'est l'inaptitude fonctionnelle qui a fait appel au trac, une fois que l'aptitude fonctionnelle sera acquise ou recouvrée le trac disparaîtra de lui-même ou bien, s'il subsiste à l'état d'habitude morbide, l'hypnotisme aura tôt fait de le déloger.

Autres communications :

Dr Jules Voisin. — Phobie alimentaire datant de cinq ans, traitée avec succès par la suggestion hypnotique.

Dr Paul Magnin. — Le terrain dans les expériences d'hypnotisme. — Dr Delius (de Hanovre). — Action de la suggestion sur la menstruation.

Dr Guenon. — Psychologie du dressage ; l'exploitation des réflexes pour dominer l'adversaire.

MM. Lepinay et Grollet. — L'hypnotisme chez les animaux.

M. Caustier. — La méthode socratique dans l'éducation scientifique. — M. Demonchy. — La conscience du sommeil.

Dr Lux. — Médecin major de 1re classe. La suggestion de l'uniforme et des insignes militaires.

Dr Bérillon. — Pédagogie clinique ; l'éducation de la peur et le traitement psychologique de la pusillanimité.

M. Félix Regamey. — La leçon psychologique et morale du Japon.

BIBLIOGRAPHIE

VI. — *Rapport médical sur l'asile d'aliénés de Saint-Yon* (Seine-Inférieure), *pour l'année* 1904; par M. le Dr A. Giraud, médecin-directeur, avec la collaboration de MM. les Drs Pochon et Brunet, médecins adjoints.

Population de l'asile au 1er janvier 1904 : 1310 femmes. Admissions 216, dont 8 pour folie *alcoolique*, 21 pour *idiotie* et *imbécillité*. Le nombre des admissions a été très élevé en mai, juin et juillet. Sorties 98, dont 32 par guérison, 44 par amélioration. Décès 139, dont 6 par tuberculose pulmonaire : ce sont les deux derniers mois de l'année qui ont donné le total le plus élevé (17 et 18). — Population au 31 décembre, 1289.

« L'*hérédité similaire*, écrit M. Giraud, a été retrouvée plusieurs fois, notamment dans les cas d'imbécillité. Trois imbéciles étaient filles d'une mère imbécile ; une quatrième avait pour cousines germaines, paternelle et maternelle, deux imbéciles. Deux démentes séniles avaient également des parents ayant présenté des troubles mentaux dans leur vieillesse. Enfin la tante maternelle d'une épileptique était aussi épileptique. » Comme cause occasionnelle, l'alcoolisme est invoqué dans 26 cas.

« La syphilis a été relevée seulement cinq fois sur les 17 paralytiques générales entrées à Saint-Yon en 1904. Il est à remarquer que sur, ces 5 syphilitiques, 3 étaient pensionnaires et ont été d'ailleurs les seules paralytiques admises au pensionnat dans le cours de l'an dernier. Il est donc très probable que, si les renseignements avaient pu être aussi précis pour les paralytiques indigentes qu'ils l'ont été pour les 3 paralytiques pensionnaires, la syphilis aurait été retrouvée bien plus fréquemment dans les antécédents pathologiques. Ajoutons que chez ces 3 paralytiques, pour lesquelles nous avons eu des renseignements certains, les premières manifestations de la paralysie générale se sont produites respectivement 12, 11 et 8 ans après l'infection syphilitique. Il est enfin intéressant de noter que cette dernière, chez laquelle

le développement de la maladie a été plus précoce, présentait une hérédité nerveuse assez chargée. »

Les *congés d'essai*, comme les années précédentes, ont donné des résultats très satisfaisants. Ils sont accordés par le Préfet sur la demande du directeur à des malades en voie d'amélioration. En 1904, 160 malades ont bénéficié des congés d'essai.

« La *Société de patronage* pour les aliénés a continué de venir en aide aux nécessiteux sortant des *asiles pendant l'année* 1904. — En ce qui concerne l'asile Saint-Yon : Quatre femmes ont reçu simultanément un secours en argent et un secours en nature. Douze femmes ont reçu un secours en argent. Trois femmes ont été assistées par un secours en nature. La Société a distribué aux femmes assistées 407 francs en argent, et donné 72 objets de vêture. La Société de patronage pour les aliénés sortant des asiles de Quatre-Mares et Saint-Yon possédait, au 31 décembre 1904 :

Un titre de rente de 432 francs à 3 % ...	
Un livret de Caisse d'épargne de........	4.571 fr. 72
Fonds de caisse...	612 39

« Le vestiaire de la Société de patronage comptait pour la section des femmes 411 objets de vêture ou en lingerie »

Rappelons que cette Société est due surtout à M. le Dr Giraud qui a toujours fait une active propagande en faveur de cette assistance aux aliénés sortant des asiles. C'est à lui, aussi, que l'on doit la création de l'Ecole de St-Yon pour le traitement médico-pédagogique des petites filles idiotes et épileptiques sur laquelle il donne les renseignements suivants :

L'*Ecole* ouverte en 1891 pour les enfants placés à l'asile continue de fonctionner régulièrement. Deux institutrices y sont attachées. L'institutrice chargée de la direction de l'école nous a remis le rapport suivant :

«Du 1er janvier au 31 décembre 1904, l'école a été suivie par 33 élèves. Dans le courant de l'année, 2 l'ont quittée pour être transférées dans un autre quartier.

« A ce jour, sont présentes 31 élèves, réparties en deux groupes : 18 en première classe, 13 en deuxième classe. Sur les 31 élèves, 12 savent lire, écrire, compter, dessiner, etc., et sont susceptibles de progresser ; l'une d'elles pourra subir les épreuves du certificat d'études en 1905 et plusieurs sont en bonne voie pour 1906. Il y a 12 enfants au-dessous de 10 ans ; l'une est sourde-muette : la plupart sont très arriérées et se développent très lentement. 7 autres ne parlent pas, sont gâteuses, infirmes ou épileptiques, ces dernières ne viennent à l'école que l'après-midi.

« Cette année, toutes les enfants ont été réunies en première classe chaque après-midi et sous la direction des deux maîtresses

se sont occupées de travaux manuels ; la plupart peuvent s'y livrer et c'est l'enseignement qui donne les meilleurs résultats d'ensemble. Le travail manuel est entrecoupé de chants, de récitations, de causeries. Seules quelques petites infirmes sont inoccupées. – Saint-Yon, le 31 décembre 1904. — *L'Institutrice-Directrice*, signé E. Devaux. »

« Comme on le voit par ce compte-rendu, l'école continue de fonctionner régulièrement. Deux fois par semaine, les élèves valides reçoivent une leçon de gymnastique d'un professeur spécial, et ces leçons de gymnastique contribuent au développement physique des enfants. On n'a jamais perdu de vue que les élèves de l'école Saint-Yon sont toutes des enfants placées comme *malades* à l'asile ; à l'école comme en dehors de l'école, elles restent sous la surveillance médicale. Les enfants sont vues comme les autres malades, et suivant que l'heure de la classe ou de la gymnastique coïncide avec l'heure de la visite médicale, il y a visite à la classe ou à la gymnastique. » B.

VII. — *Rapport sur le service des aliénés du département de la Seine pendant l'année* 1903.

Le rapport sur le service des aliénés de la Seine pour 1903 est, comme chaque année, une œuvre considérable, qui fait honneur au Département, où les renseignements statistiques et médicaux abondent.

Le nombre des malades traités pendant l'année, tant dans les asiles de la Seine que dans ceux de la province, s'élève au chiffre énorme de 18.323.

Le chiffre des admissions est de 4.269, celui des sorties de 2.218 et celui des décès de 1,741.

Remarquons que sur les 4.269 admissions, le nombre des alcooliques est de 520 et celui des paralytiques généraux de 514. Ces deux formes mentales forment le plus fort contingent (plus du quart). Nos asiles de province sont bien différents sous ce rapport. L'alcoolisme y sévit, il est vrai, avec une proportion également très élevée, mais la paralysie générale y est relativement infime, au moins dans les populations rurales.

Les aliénés hospitalisés par la Seine viennent d'origines très diverses. Sur les 7.297 malades présents au 31 décembre 1903, 3,340, c'est-à-dire la moitié environ, sont nés dans la Seine, 284 sont étrangers, 252 viennent de l'Alsace-Lorraine et 3.331 de la province.

Les départements qui fournissent le plus fort contingent sont la Seine-et-Oise, 186, l'Yonne 105, le Nord 99, la Nièvre 95 ; ceux qui en fournissent le moins sont : les Basses-Alpes, les Alpes-Maritimes et les Pyrénées-Orientales 2.

Les dépenses nécessitées par ce service important se sont éle-

vées pour 1903 à 10.047.000 fr. ; elles n'étaient en 1902 que de 9.650.000 fr. soit 397.000 fr. d'augmentation. Le prix de revient de la journée d'entretien dans les asiles de la Seine est de 2 fr.58 contre 2 fr. 51 en 1902. Dans les asiles départementaux, la journée s'élève seulement à une moyenne de 1 fr. 29. On comprend ainsi combien la Seine a intérêt à envoyer ses aliénés en province, mais on peut s'étonner d'une telle différence de prix (du simple au double).

La plus grande partie du rapport contient les rapports individuels des différents chefs de service. La plupart se contentent de donner des renseignements statistiques avec quelques observations. A la lecture de ces tableaux, on se rend compte combien l'absence d'une classification méthodique vient rendre obscure la psychiatrie. Chacun adopte une doctrine médicale au grand détriment de nos connaissances.

Parmi ces rapports, quatre méritent une mention spéciale ceux de MM. Marie, Colin, Picqué et Bourneville. Le travail de M. Marie concerne la convalescence des aliénés et préconise l'organisation, dans les asiles, de *quartiers de convalescence*.Ce quartier serait le quartier actuel, moins les serrures et l'uniforme.Les malades y entreraient et en sortiraient en toute liberté ; tout devra y respirer la vie familiale.

L'hospitalisation des aliénés difficiles dans une section spéciale, à Villejuif, a permis à M. Collin de reprendre cette question avec le talent et la compétence qu'on lui connaît. Quoi de plus scandaleux, en effet, que la composition d'un de nos quartiers d'agités actuels,où se rencontrent pêle-mêle,s'agitant les uns les autres,se battant ou souffrant moralement,les malades inconscients turbulents, malpropres et déchireurs, mais inoffensifs, les agités véritables, les vicieux, les criminels et en général tous les délirants calmes, mais dangereux,dont on redoute les évasions et les réactions violentes.

L'auteur montre que les aliénés vicieux doivent être l'objet d'une organisation spéciale, aussi bien que les aliénés criminels. Ce sont deux catégories de malades entièrement distincts. Les criminels ont commis des crimes, assassinats, incendies, viols. Les vicieux ont commis des délits, souvent aussi n'ont rien fait de répréhensible, mais sont simplement insupportables dans les asiles ordinaires. Ils volent, maltraitent les malades tranquilles et exploitent d'une façon éhontée la charité des départements. La justice ne veut plus les connaître et la Préfecture de police s'en débarrasse en provoquant leur internement. Nos asiles actuels, avec le système de la plus grande liberté qui a été introduit de façon si légitime dans ces dernières années, ne sont pas aménagés pour les recevoir.

Le rapport de M. Picqué prouve que le chirurgien a un rôle

important à remplir dans nos asiles. 543 malades ont été examinées. Il a été pratiqué 100 opérations aseptiques, dont 4 appendicites, 6 fibromes utérins, 2 kystes de l'ovaire et 155 opérations septiques.

M. Bourneville a fourni une étude des plus intéressantes et des plus complètes sur son service de Bicêtre et de la fondation Vallée. Les remarquables résultats obtenus méritent que nous relations à grands traits les procédés employés. L'idiot complet, incurable, peut être amélioré, *a fortiori* ceux qui sont moins atteints.

La première partie du *traitement médico-pédagogique* consiste à donner des forces aux membres du jeune malade (balançoire, tremplin, massage, saut), à lui enseigner à se tenir debout (barres parallèles), à marcher (chariot), et à lui apprendre à devenir propre par le placement sur le siège à heures fixes. La seconde partie consiste à éveiller l'*attention* de l'enfant, à éduquer ses *sens*, en premier lieu le toucher (mains), puis la vue. C'est alors qu'on essaie, même l'enfant ne parlant pas, à lui faire *désigner* les différentes parties du corps, de la vêture, des objets du réfectoire, les personnes, les animaux, etc. On l'exerce en même temps à reconnaître les *mots imprimés* correspondant à la désignation de l'objet. Pour donner aux idiots la notion du nombre, on met à profit leur aptitude spéciale à percevoir un *bruit*.

Indépendamment des enfants idiots invalides ou valides, le service contient une autre section d'enfants propres et valides, imbéciles, arriérés, instables, pervers, épileptiques et hystériques ou non. A ceux-là, le traitement médico-pédagogique est également appliqué, mais sur des bases moins rudimentaires. L'instruction générale, l'enseignement de la musique et du dessin, la multiplication des leçons de choses, s'unissent au traitement moral pour fortifier les intelligences et modifier les caractères. Une hygiène parfaite et un enseignement professionnel, qui a fait ses preuves, complètent l'œuvre que M. Bourneville a su mener à bien. 428 enfants ont profité en 1903 de cette médication scientifique.

La fondation Vallée est destinée aux filles et comprend deux groupes principaux : 1° les enfants idiotes et gâteuses, valides ou non ; 2° les enfants propres et, dans les deux groupes, des épileptiques. Le fonctionnement parfait et très économique de cet établissement peut servir de modèle aux administrations départementales qui voudraient construire des *asiles-écoles*. R. Leroy.

VIII. — *Compte moral et administratif de l'asile départemental de Bonneval* (Eure-et-Loir), pour 1903; par le Dr Dericq, médecin en chef, directeur.

Pendant toute l'année 1903, l'état sanitaire a été absolument satisfaisant. Aucune épidémie n'a sévi dans l'asile. Il n'y a pas eu de fièvre typhoïde. — Ni suicides, ni évasions.

L'année, commencée avec 585 malades, s'est terminée avec 599 Le nombre des admissions a été de 97, dont 10 hommes et 7 femmes *alcooliques* ; 42 décès, dont 8 imputables à la *tuberculose*. « Je n'ai pas désarmé, contre cette maladie, écrit M. Dericq, et je m'efforce toujours d'entraver la contagion : lavages au crésyl, lavages du sol et trempage au lait de chaux récemment préparé, ébouillantement des linges, etc., tous ces moyens sont constamment mis en œuvre.

« Le nombre des sorties a été de 41, soit 22 hommes et 19 femmes. Sur initiative préfectorale, des *sorties d'essai*, avec période mensuelle renouvelable, ont été accordées. Deux malades en ont profité et sont restées définitivement dans leur famille. Les parents n'apprécient pas encore combien ces congés sont bienfaisants. Ils craignent les responsabilités. Je mets tous mes soins à les convaincre et à les persuader que c'est l'intérêt de ceux qui souffrent et le leur propre qui est en jeu.

Parmi les maladies incidentes, signalons trois cas d'othématome des oreilles, accidents qui deviennent de plus en plus rares dans les asiles.

IX. — *Les méthodes de rééducation en thérapeutique (rééducation psychique motrice, sensorielle et organique)* ; par le Dr CONTET. (Vigot, éditeur, 1905.)

En neuropathologie, de même que dans le reste de la médecine, le symptôme morbide apparaît comme une simple perversion de phénomènes normaux. Plutôt que de lutter contre ces phénomènes pervertis, il vaut mieux essayer, dit l'auteur, de les harmoniser, de les régulariser, d'en faire la rééducation.

L'éducation, en soi, se caractérise dans la sphère motrice par la création d'un mécanisme automatique, c'est-à-dire par le passage successif d'une série d'impressions du domaine conscient dans celui de l'inconscient ; le langage, la marche, en sont des exemples. Or l'automatisme, terme final de l'éducation, peut être ou bien dévié et faussé secondairement ou bien troublé dans son développement même. Le but de la rééducation est de ramener le fonctionnement automatique à la normale quand il est irrégulier, ou de développer le jeu des fonctions organiques ou psychiques quand il est insuffisant comme chez l'idiot.

La 1re méthode de rééducation, la rééducation psychique, s'adresse au groupement nosologique désigné sous le nom de psychasthénie (hystérie, neurasthénie, hypochondrie). Après une étude détaillée des différents accidents de l'hystérie, l'auteur arrive à caractériser cette névrose par la formule suivante : une impossibilité de percevoir simultanément et complètement des impressions multiples, de les grouper, de les rattacher les unes aux autres.

Il constate ensuite chez le neurasthénique et l'hypochondriaque l'existence d'impressions subconscientes qui modifient son activité et lui donnent une sensation d'impuissance. « L'hystérique se comporte comme un ouvrier qui aurait oublié son outil et le neurasthénique comme un travailleur qui n'aurait aucune confiance en la solidité du sien. »

D'après ces données, le rôle du thérapeute dans la psychasthénie doit consister à s'adresser directement à l'intellect du malade par des entretiens avec celui-ci. Il faut rejeter absolument l'usage des substances empruntées à la matière médicale, car leurs effets sont incertains et les malades en ont souvent usé et abusé. Comme adjuvants utiles au traitement psychique, le médecin doit se borner à l'emploi des douches, bains, massages, aux pratiques de suggestion, conseiller les distractions, l'isolement, le repos, la suralimentation. Dans les cas légers, ce sont les entretiens psychothérapiques, qui constitueront à peu près à eux seuls toute la thérapeutique : il s'agira de créer chez le malade et autour de lui une atmosphère de conviction de guérison. Dans les cas plus graves, le malade sera maintenu au lit dans l'isolement le plus absolu, il ne verra que son médecin et les personnes de son service ; la rigueur de ces pratiques sera progressivement atténuée. Au point de vue purement psychothérapique, voici les préceptes généraux qu'on ne devra pas perdre de vue : 1° il faut s'attacher à inspirer la confiance et non pas une soumission passive ; 2° restituer à la précision du *moi* toute sa rigueur, tout en évitant chez le malade les violentes incitations à *couloir* ; 3° il faudra savoir à la fois exciter, ménager et développer l'attention.

L'auteur envisage ensuite, dans une deuxième partie, la rééducation motrice, d'abord dans les troubles de la coordination (ataxie). La méthode consiste à employer une série de manœuvres précises pour lutter contre l'incoordination des membres inférieurs et du tronc, des membres supérieurs, et de certains muscles et appareils spéciaux. On aura soin de ne changer d'exercice pour passer à un autre que lorsque le précédent aura pu être accompli au commandement sans hésitation et avec une correction suffisante.

Dans les paralysies, quoique la contractilité musculaire soit amoindrie, la psychothérapie est indiquée pour mettre en jeu des suppléances naturelles et pallier les troubles fonctionnels, et aussi pour lutter contre l'amnésie et même l'aboulie motrice, si fréquentes dans ces maladies.

Passant à la rééducation dans le traitement des tics (affection qui consiste dans un trouble portant à la fois sur le système moteur et sur l'état mental), l'auteur conseille d'amener le sujet, par un entraînement méthodique, non seulement à perdre une

mauvaise habitude, mais encore à prendre celle d'en éviter et d'en corriger d'autres. On y arrive par la discipline des mouvements respiratoires (Pitres), par l'immobilisation des mouvements Brissaud).

La rééducation dans les troubles du langage s'adresse à l'aphasie, la surdi-mutité, le bégaiement. Dans l'aphasie, il faudra secouer la torpeur des centres sidérés en entraînant méthodiquement le malade à reproduire les articulations des sons qu'une autre personne émet devant lui. Chez le sourd-muet, il faut s'attacher à perfectionner la faculté d'attention et en outre à développer une activité compensatrice dans les sens qui doivent être utilisés pour l'acquisition des images de la parole (vue et toucher). Dans le bégaiement, il faut habituer le malade à faire succéder d'une façon rythmée des inspirations et des expirations lentes et profondes.

L'auteur passe ensuite en revue la rééducation sensorielle ; celle du tact (procédé de la sommation du Dr Egger), celle du sens musculaire, celle de la vue (surtout dans la nyctalopie, l'héméralopie, la dyschromatopsie), celle de l'ouïe (par le procédé du miroir), enfin celle du goût et de l'odorat.

Dans la rééducation organique, d'après l'auteur, la volonté peut jusqu'à un certain point intervenir dans l'exécution de quelques-unes de ces fonctions et les modifier de façon plus ou moins durable : il s'agit donc d'éduquer la volonté. Pour les troubles de l'appareil respiratoire, il faut réapprendre au malade le fonctionnement d'un mécanisme normal qu'il n'exerçait plus d'une façon suffisante. La rééducation de l'appareil circulatoire, érigée en méthode par Lagrange et Œrtel, consiste dans la diminution de l'émotivité cardiaque, la stimulation de sa paresse par des exercices actifs, la régularisation du rythme du cœur par la respiration lente et profonde, et celle de la circulation périphérique par les mouvements passifs des membres, le massage. Les troubles des fonctions d'émonction ne peuvent faire appel à la rééducation que dans le traitement des incontinences et rétentions des matières excrémentitielles. Les règles sévères de l'hygiène et l'habitude de se présenter à la garde-robe à heure fixe combattent la constipation. Le contrôle vigilant de la volonté sera d'un grand secours pour la guérison de l'incontinence essentielle d'urine.

Dans une dernière partie, l'auteur expose la rééducation dans l'idiotie. Le programme général de la méthode à suivre se résume, selon la très exacte et très complète formule de Bourneville : « Conduire un enfant incapable de marcher et de se servir de ses mains, gâteux, dépourvu d'attention et ne sachant pas parler, de l'éducation du système musculaire à celle du système nerveux et des sens, de celle des sens aux notions, des notions aux idées, des idées à la moralité.

Présenté sous une forme simple, précise, et de lecture aisée, l'ouvrage du Dr Contet rendra des services aux étudiants, en vulgarisant parmi eux une question peu connue ; et il sera utile, aussi, par sa documentation bibliographique, à ceux qui voudraient approfondir une question spéciale. R. Leroy.

CORRESPONDANCE

Personnel médical des asiles d'aliénés.

Monsieur et très honoré Maître,

Arrivé récemment dans le département de l'Isère comme médecin en chef, je n'ai pas été peu surpris d'apprendre que je devais traiter *seul*, sans *médecin-adjoint* avec 2 internes, *1.250* malades environ et cela malgré les demandes réitérées du Ministère de l'Intérieur, des Inspecteurs généraux et de mon prédécesseur, le Dr Bonnet, qui trouvaient ce chiffre de malades excessif pour un seul médecin.

Etonné de ce fait anormal, dont aucun asile français, aussi pauvre soit-il, ne pourrait certainement donner d'exemple, j'a résolu de demander à nouveau un médecin-adjoint pour me seconder dans ma tâche et faisant un rapport sur la nécessité qu'il y avait à créer le poste, je donnai tous les arguments susceptibles de convaincre le Conseil général.

Celui-ci a catégoriquement refusé en alléguant que mon prédécesseur avait fait marcher jusqu'à présent le service médical sans médecin-adjoint alors qu'il n'a cessé d'en demander un pendant son séjour ici et qu'au surplus, le médecin-suppléant me secondait dans ma tâche, ce qui est radicalement inexact, le médecin suppléant, comme son nom l'indique, me remplaçant seulement en cas d'absence ou d'empêchement.

La question en est là. Il est dur cependant de se voir refuser des choses raisonnables et plus dur encore de voir l'impuissance du ministère à imposer aux Conseils généraux des modifications ou des réformes utiles au bien des aliénés. Actuellement, les médecins des asiles sont livrés pieds et poings liés aux Assemblées départementales toujours souveraines et qui peuvent, souvent au mépris des règlements, leur imposer leur volonté sans que l'Etat puisse intervenir jamais. A quoi bon dès lors un Conseil supérieur de l'Assistance publique ? Celui-ci délibère longuement sur des questions essentielles ; il fait des vœux, mais ils ne sont pas, la plupart du temps, mis en application. Dernièrement, il a décidé

que le chiffre de 400 malades était bien suffisant pour un médecin traitant, et moi j'en ai plus du triple ! ! ! Que dirait le Dr Deswarte à cette nouvelle, lui qui se plaint de l'insuffisance du personnel médical de l'asile de Bailleul où cependant, pour 1.400 malades, il y a un médecin en chef et deux médecins-adjoints ? L'an dernier, au sujet de la prophylaxie de la tuberculose, une circulaire émanant du Ministère a été adressée à tous les asiles. Quel a été son sort ? Je l'ignore pour la plupart des asiles, mais je sais fort bien que dans ceux de l'Isère et du Morbihan, cette circulaire est restée à l'état de lettre morte.

Tout cela et bien d'autres choses dans le même genre sont profondément décourageantes pour les médecins d'asiles qui ne demandent, certes, pas mieux que d'être agréables au Ministère, mais qui en réalité se heurtent souvent au mauvais vouloir des Conseils généraux.

Et si encore, après une existence laborieusement remplie et des déboires sans nombre, le médecin d'asile était sûr d'avoir, comme les autres fonctionnaires, *une retraite* ! Mais là tout n'est qu'incertitude, ainsi que je l'ai démontré dans un rapport envoyé au Ministère à la suite du Congrès de médecine mentale de Pau et que je tiens à votre disposition soit pour votre édification personnelle, soit pour l'insérer dans les *Archives de Neurologie*. Sur cette question des retraites, le Dr Deswarte a fait entendre avec juste raison ses doléances et il a cité quelques exemples démontrant la précarité de notre retraite. Mais que sont les faits cités par lui à côté d'un plus typique que je pourrais indiquer ici ? Dans un département, le maximum de notre retraite est de 700 fr. ! ! ! comme celle d'un cantonnier ou d'un facteur ! ! !

Vous voudrez bien excuser ma longue lettre. Mais la sollicitude constante que vous n'avez jamais cessé de montrer aux médecins d'asiles m'enhardit à vous exposer mes doléances ou plutôt nos justes doléances au sujet de certains faits regrettables dont la persistance pourrait peut-être amener un jour la pénurie de candidats au concours des asiles dans lesquels on ne trouve ni appui ni sécurité pour ses vieux jours.

Veuillez agréer, Monsieur et très honoré Maître, l'assurance de mon respectueux dévouement. Dr DUBOURDIEU.

P.-S. — Je viens de lire un article fort intéressant de M. le Dr Dubuisson, de Sainte-Anne, au sujet de l'insuffisance du personnel surveillant de son asile. Je pense vous envoyer sur le même sujet un article relatif à l'asile de Saint-Robert où une section, composée en grande partie d'assassins, de pédérastes, de voleurs, d'incendiaires et de cambrioleurs et comptant 112 malades n'a que 4 gardiens et encore pas toujours ! Le reste des quartiers, surtout du côté des hommes, est à l'avenant.

Personnel secondaire des asiles.

Mon cher confrère,

Vous avez mille fois raison d'entreprendre une campagne énergique contre l'*insuffisance lamentable des infirmiers de jour* dans les asiles de la Seine. En province, c'est encore pire, mais bornons nos efforts à ce qui nous concerne.

Il est indispensable de convaincre l'Administration et le Conseil général de la Seine de la nécessité absolue de se conformer au vote, à Grenoble, du *Congrès des Aliénistes et des Neurologistes de langue française*, car ce vote, loin d'être exagéré, représente un minimum. Le Congrès a décidé, et il a eu raison, qu'il ne fallait faire entrer en ligne de compte ni le surveillant en chef qui a la responsabilité de tout et est obligé de circuler partout, ni les baigneurs qui ont un service spécial en dehors du quartier et n'ont affaire chaque jour qu'aux aliénés qu'ils baignent, ni les chefs de quartier, qui ont la tâche de tout surveiller dans leur section et ne peuvent donner des soins particuliers et enfin les veilleurs, qui dorment tout le jour.

Le Congrès, ces déductions opérées, a demandé que le médecin eut à sa disposition 1 infirmier de jour par 10 malades et fractions de 10 supérieures à 5 qu'il utilisera selon les besoins du service. Il a demandé, en outre, ce qui est très juste, que le chiffre pris en considération soit bien le nombre réel des malades présents et non celui porté au budget.

L'administration prétend que nous avons 1 infirmier par 10 malades, mais dans son calcul figure tout le monde, même les veilleurs. Dans ces conditions, elle aurait pu englober aussi tous les chefs d'ateliers et les jardiniers.

En réalité, j'ai eu, cette année, 363 malades présents et le nombre invariable, quelle que soit la population, de mes infirmiers de jour est 25 ; il m'en a donc manqué 11. Grâce à un transfert barbare au loin, je n'ai plus que 316 malades aujourd'hui, mais c'est encore 7 qui manquent. Aussi jusqu'à ce jour m'a-t-il été impossible d'appliquer le traitement par l'alitement et c'est très regrettable.

Le service de veille, par contre, laisse beaucoup moins à désirer J'ai un veilleur par quartier, soit 6 plus un chef-veilleur. J'estime que c'est très suffisant, sauf à l'infirmerie où deux veilleurs seraient nécessaires, car il y a des potions à administrer durant la nuit à des heures fixes, des faibles par maladie incidente qu'il faut aider à se lever pour satisfaire leurs besoins naturels. En outre, je mets à l'infirmerie les mélancoliques avec tendance à se tuer et je *les couche en dortoir*, car tous les *suicides* que j'ai vus depuis trente ans que j'exerce ont été effectués dans des *chambres*

que le chiffre de 400 malades était bien suffisant pour un médecin traitant, et moi j'en ai plus du triple ! ! ! Que dirait le Dr Deswarte à cette nouvelle, lui qui se plaint de l'insuffisance du personnel médical de l'asile de Bailleul où cependant, pour 1.400 malades, il y a un médecin en chef et deux médecins-adjoints ? L'an dernier, au sujet de la prophylaxie de la tuberculose, une circulaire émanant du Ministère a été adressée à tous les asiles. Quel a été son sort ? Je l'ignore pour la plupart des asiles, mais je sais fort bien que dans ceux de l'Isère et du Morbihan, cette circulaire est restée à l'état de lettre morte.

Tout cela et bien d'autres choses dans le même genre sont profondément décourageantes pour les médecins d'asiles qui ne demandent, certes, pas mieux que d'être agréables au Ministère, mais qui en réalité se heurtent souvent au mauvais vouloir des Conseils généraux.

Et si encore, après une existence laborieusement remplie et des déboires sans nombre, le médecin d'asile était sûr d'avoir, comme les autres fonctionnaires, *une retraite* ! Mais là tout n'est qu'incertitude, ainsi que je l'ai démontré dans un rapport envoyé au Ministère à la suite du Congrès de médecine mentale de Pau et que je tiens à votre disposition soit pour votre édification personnelle, soit pour l'insérer dans les *Archives de Neurologie*. Sur cette question des retraites, le Dr Deswarte a fait entendre avec juste raison ses doléances et il a cité quelques exemples démontrant la précarité de notre retraite. Mais que sont les faits cités par lui à côté d'un plus typique que je pourrais indiquer ici ? Dans un département, le maximum de notre retraite est de 700 fr. ! ! ! comme celle d'un cantonnier ou d'un facteur ! ! !

Vous voudrez bien excuser ma longue lettre. Mais la sollicitude constante que vous n'avez jamais cessé de montrer aux médecins d'asiles m'enhardit à vous exposer mes doléances ou plutôt nos justes doléances au sujet de certains faits regrettables dont la persistance pourrait peut-être amener un jour la pénurie de candidats au concours des asiles dans lesquels on ne trouve ni appui ni sécurité pour ses vieux jours.

Veuillez agréer, Monsieur et très honoré Maître, l'assurance de mon respectueux dévouement.

Dr DUBOURDIEU.

P.-S. — Je viens de lire un article fort intéressant de M. le Dr Dubuisson, de Sainte-Anne, [illegible] sujet de l'insuffisance du personnel surveillant de son [illegible] vous envoyer *sur le* même sujet un article [illegible] de Saint-Robert où [illegible] [illegible] composée en grande [illegible] [illegible] *de* [illegible] [illegible] d'incendiaires et [illegible] [illegible] que à gardien et [illegible] [illegible] du côté des hom[illegible]

die, le Conseil général ayant préféré construire sur les *bonis* de l'asile un autre asile pour incurables non aliénés du département.

Dans un pavillon comprenant 30 *chroniques*, il n'y a *qu'un* infirmier. Il en est de même dans un autre où, pour 42 malades semi-agités, il n'y en a aussi *qu'un*.

Aux gâteux et épileptiques logés dans le même quartier et pour lesquels il faut soit des soins constants, soit une surveillance attentive, on trouve 4 infirmiers soit *1 infirmier par 16 malades*. A l'infirmerie, pour 44 *malades*, il n'existe *qu'un* seul infirmier.

A la Ferme, comptant 64 aliénés, 44 d'entre eux sont impotents, gâteux ou idiots et sont surveillés par *un* seul infirmier lequel les laisse souvent seuls pour faire soit des corvées, soit des matelas, soit de la vannerie. Mais ce n'est pas tout. Dans les quartiers où il n'y a *qu'un seul* infirmier, il ne peut surveiller le matin tout à la fois la cour et les dortoirs.

De plus, il est obligé de s'absenter souvent pour aller chercher le vin des malades, leur dîner, les médicaments, emmener les malades aux bains ou au parloir, chercher le linge, transférer au besoin un aliéné dans un autre quartier, porter des lettres de malades à la direction, prendre des livres à la bibliothèque, chercher à la lingerie le linge des malades sortants. Et pendant ce temps les aliénés restent seuls ! ! !

Enfin, par suite de congé ou de maladie, le nombre déjà par trop réduit du personnel surveillant diminue et de *21* gardiens, il tombe parfois à *16 ou 17*.

2° *Femmes.*

De ce côté, la surveillance est mieux assurée. Mais là encore, il y a trop de malades confiés au personnel. Ainsi dans un quartier, *65* malades n'ont que *2 gardiennes* pour les surveiller. Dans un autre, *dit quartier d'observation* et comprenant *22 malades* en moyenne, la plupart *alitées, agitées, ou ayant des idées de suicide*, il n'y a que *2* gardiennes.

Au quartier cellulaire et aux agitées, pour 75 malades il y a 5 gardiennes ; d'où *15 malades par gardienne*. A l'infirmerie *1 gardienne* donne des soins et surveille 22 malades de jour et de nuit. Aux gâteuses, il y a *18* malades par infirmière.

Dans un autre quartier d'agitées, il y a 64 malades pour 4 gardiennes, et même nombre de gardiennes dans un autre quartier pour surveiller 86 malades.

Tous les chiffres ci-dessus se passent de commentaires ! Aussi comment s'étonner, d'une part, du petit nombre de guérisons et d'améliorations obtenues à Saint-Robert et d'autre part du grand nombre de décès constatés en certaines années, quand on voit un asile où le personnel médical (médecins et personnel infirmier) est si réduit ?

Qu'arrivera-t-il le jour où un infirmier *seul*, dans un quartier *isolé*, sera tué ou grièvement blessé par un malade ou si un malade, en l'absence du chef de quartier, vient à en tuer un autre ? On ne peut s'empêcher de frémir à la pensée d'une éventualité si redoutable.

Veuillez agréer, Monsieur et très honoré Maître, l'assurance de ma respectueuse considération. Dr DUBOURDIEU.

CONGRÈS

XVe Congrès des aliénistes et neurologistes des pays de langue française.

(Rennes, 1-7 août 1905)

Programme définitif

Présenté par le Dr SIZARET, secrétaire général.

Mardi 1er août. — 9 heures du matin. Ouverture du Congrès, séance solennelle dans la Salle des Fêtes de l'Hôtel de Ville de Rennes. 2 heures. Séance dans la grande Salle du P. C. N. à la Faculté des sciences, avenue du Mail-Donges. — Premier rapport : *Psychiatrie.* — De l'hypocondrie, rapporteur M. le Dr Roy, de Paris. 8 heures 1/2 du soir. Réception offerte à l'Hôtel de Ville par la municipalité aux membres du Congrès et aux médecins de Rennes.

Mercredi 2 août. — 9 heures du matin. A la Faculté des sciences (salle du P. C. N.). Discussion du 1er rapport et communications diverses. — 2 heures, Deuxième rapport : *Neurologie.* Des névrites ascendantes, rapporteur M. le Dr Sicard, de Paris. — 7 heures du soir. Banquet par souscription.

Jeudi 3 août. — Excursion à Dinan (visite de l'Asile, et de la Ville, retour en bateau sur la Rance jusqu'à Saint-Malo), départ le matin en train spécial par La Brohinière ; arrivée vers 9 heures à Dinan. Visite de l'Asile, retour à Dinan où l'on déjeunera en corps, excursion dans la ville et départ à 5 heures 1/2. Arrivée vers 8 heures à Saint-Malo ; rendez-vous à la gare pour le retour à Rennes à 9 heures 30. Arrivée à 11 heures 48 soir.

Vendredi 4 août. — 9 heures du matin. Communications diverses. — 2 heures du soir. Troisième rapport : *Assistance.* Balnéation et hydrothérapie dans les maladies mentales ; rapporteur M. le Dr Pailhas, d'Albi.

Samedi 5 août. — 9 heures du matin. Visite de l'Asile départemental d'aliénés, dit de Saint-Méen, 72, faubourg de Paris, à Rennes. — 12 heures. Déjeuner offert par le Conseil général d'Ille-

et-Vilaine, à l'Asile. — 3 heures. Questions diverses, séance à l'Asile.

Dimanche 6 *août*. — 6 heures 30 du matin. Départ de Rennes (Croix de la Mission) par tramway départemental (horaire spécial). Arrivée à Plélan à heures 20. Départ en voiture pour Paimpont (forêt de Brocéliande). Déjeuner à 11 heures dans la forêt. Excursion en voiture dans les sites célèbres (château de Comper, tombeau de Merlin, fontaine de Jouvence), retour à Plélan, souper en corps à l'hôtel du Croissant. Retour (horaire spécial) à 8 heures, 9 heures 1/2 à Rennes.

Lundi 7 *août*. — 6 heures 10 du matin, gare du tramway (Viarmes). Départ pour Antrain, par la forêt de Rennes ; arrivée à 8 heures 1/2, départ à 9 heures 7 (chemin de fer de l'Ouest) pour Pontorson. Arrivée à 9 heures 27. Visite de l'Asile d'aliénés, départ à 11 heures 30 pour le Mont-Saint-Michel (tramway spécial). — Midi 1/2. Déjeuner, puis visite de la célèbre abbaye et de ses dépendances. Départ vers 4 heures, arrivée vers 4 heures 1/2 (horaire spécial) à Pontorson. Départ de Pontorson à 5 heures 23, arrivée à Dol à 5 heures 52, départ de Dol à 6 heures 34, arrivée à Saint-Malo à 7 heures 7.

Dislocation du Congrès.— Dès le mardi 8 août à 8 heures du matin, MM. les Congressistes pourront se rendre soit individuellement, soit en groupe, en bateau à vapeur à Jersey pour visiter cette île, et ensuite celle de Guernesey. Les aller et retour permettent le retour sur Granville, départ de Jersey sur Granville jeudi 10 août à 10 heures 45 matin, samedi 12 août à 1 heure 15 du soir, mardi 15 août à 3 heures 45 du soir. Retour de Jersey pour Saint-Malo : vendredi 11 août à 12 heures 15, lundi 14 août à 3 heures soir, mercredi 16 août à 5 heures matin. Les prix de traversée seront, aller et retour ; avec environ 30 0/0 de réduction, 1re classe : 10 francs 85 ; avec environ 25 0/0 de réduction, 2e classe : 8 fr. 35 Ceux des Congressistes qui ne voudraient pas faire l'excursion de Jersey, ou ceux qui l'auront faite, pourront, au retour de Jersey, visiter Dinard, Saint-Lunaire, Paramé, Cancale, etc. En revenant par Granville on pourra visiter la côte, Grandville, Carolles, Avranches et retour à Rennes. On trouvera au Secrétariat général des renseignements de toute nature sur le pays, les hôtels, les horaires, les excursions recommandées. etc. S'adresser à M. le Dr J. Sizaret, médecin en chef à l'Asile d'aliénés de Rennes. — Vu : le Président, Dr A. Giraud.

Nous faisons appel aux auteurs des communications à ce congrès pour qu'ils aient l'obligeance de nous envoyer un résumé de leur communication pour le 1er août.

Congrès international de l'assistance des aliénés.

(Milan — Septembre 1906.)

Thèmes principaux dont s'occupera le Congrès.

I. Assistance dans les asiles : Construction et organisation des asiles. — Technique des asiles. — Direction et administration.

— No-restraint. — Isolement en cellule. — Section de surveillance. — Travail et colonie agricole. — Asiles publics et privés.— II. Assistance des catégories spéciales : Assistance des phrénasthéniques et des épileptiques, des alcooliques, des pellagreux,des chroniques, des fous criminels, des anormaux et des fous moraux, des incorrigibles, etc. — III. Assistance familiale : Assistance omofamiliale. — Assistance étéro-familiale. — Assistance familiale. autour des asiles. — Colonies familiales autonomes. — IV. Personnel de l'assistance : Personnel sanitaire. — Infirmiers. — Domestiques. — Surveillants. — Nourriciers de l'assistance familiale. — V. Dispensaires psychiatriques : Ambulances psychiatriques et neuropathologiques. — Assistance et traitement dès les premiers stades de la psychose. -- VI. Législation : Obligation d'assistance par la province. — Pouvoirs et obligations de l'État. Initiative privée.

Le Comité organisateur est présidé par M. le professeur Tamburini (San-Maurizio, Reggio nell' Emilia, Italie). Le professeur Ferrari (Bertalia, Bologna, Italie) en est le secrétaire général. Un comité national belge, sous la présidence de M. le Dr Crocq, avec M. le Dr Sano pour secrétaire, est en formation.

VARIA

Contribution a la question du Klikouschestwo (*Genre de possession russe*), par M. P. Nikitine. (*Obozrênie psichiatrii*, VIII. 1903.)

Etude faite au monastère de Sarowo (gouvernement de Tambow), immédiatement après les grandes solennités du 23 juillet au 2 août 1903. (Style russe).De nombreux pèlerins n'en continuent pas moins d'arriver en foule, et on y trouve encore pas mal de *possédées*. Le mémoire contient 5 observations extrêmement instructives. Toute malade de ce genre croit comme le peuple qu'on peut lui jeter un sort et qu'un démon peut élire domicile en elle.

Généralement, elle commence par éprouver des troubles nerveux, tels que douleurs en diverses parties du corps, battements de cœur: angoisse, modification du caractère qui,si on en juge d'après l'examen objectif de ces sujets, sont de nature hystérique. Ces phénomènes inquiètent le malade qui se demande d'où cela peut venir. Elle rumine ; son imagination travaille et finalement elle envisage l'ensorcellement. Alors lui reviennent à l'esprit certaines circonstances de sa vie dans lesquelles elle a pu être ensorcelée. La voilà préparée à la première attaque de posses-

sion. Parfois, l'idée d'ensorcellement apparaît d'emblée, provoquant l'entrée en scène des symptômes morbides ; cette idée émane de la facile suggestibilité des hystériques. Elle n'est pas le moins du monde une idée délirante ; elle fait partie du bagage des préjugés du milieu ; il n'est pas un paysan qui, témoin de l'accès d'une possédée, ne dise : « c'est un sort », imbu d'une conviction profonde. A partir du moment où la patiente est convaincue qu'on lui a jeté un sort, qu'elle est devenue la victime de l'esprit malin, elle se tient pour repoussée de Dieu. Elle sait qu'on chasse le diable des ensorcelées dans l'église, au moment des processions des grandes fêtes, surtout lorsqu'on soumet à la vénération des fidèles, des reliques, des icones miraculeuses. Elle pense avec crainte qu'elle aura le même destin en des circonstances semblables. D'habitude, des possédés ont été un jour ou l'autre, avant leur maladie, témoins des accès d'autres possédés et ce souvenir plus ou moins net apporte sa contribution à la genèse de la maladie.

L'examen des malheureuses révèle un assez grand nombre de stigmates hystériques, et l'existence de grandes attaques (chutes, cris, phénomènes moteurs) ou de petites attaques (ni chutes ni cris, mouvements moins intenses). Le plus souvent la même possédée n'a qu'une seule catégorie d'attaques. Observations d'une possédée prise d'une attaque sans chute pendant laquelle elle prononçait des phrases rapides, saccadées, au nom du diable qui la possédait ; sa voix prenait alors le timbre d'une basse taille. Bien plus souvent, ont lieu de grandes attaques ; la malade tombe à terre mais non la tête la première (aussi ne se blesse-t-elle pas). En même temps elle crie ; ses cris sont tantôt inarticulés, tantôt faits de mots séparés, voire de phrases entières soit en son nom, soit en celui du démon qui est en elle. Les mouvements exécutés ne sont pas convulsifs ; ils possèdent tous les caractères de mouvements coordonnés. Quelquefois, outre les mouvements de la tête et des membres, il existe de rapides mouvements rythmiques du ventre et même des mouvements de vomissements, des hoquets. Dans la plupart des cas, analgésie, hypoalgésie, parfois aussi, anosmie. Les yeux sont d'ordinaire fermés pendant l'attaque ; on éprouve de la résistance quand on veut les ouvrir ; conservation de la réaction pupillaire ; conservation des réflexes patellaires, accélération du pouls et des mouvements respiratoires.

Pendant toute l'attaque, la connaissance est conservée. Après l'attaque, le plus souvent la malade se rappelle complètement ce qui s'est passé. Une de ces patientes avait des attaques avec amnésie et des attaques sans amnésie. Ces malades sont accessibles à l'hypnotisme ; elles s'endorment mais non profondément.

Conclusions. — Le *Klikouschestwo* est une affection entée sur la névrose hystérique. Elle dépend de la croyance populaire à

l'ensorcellement. Dès que la superstition cessera de se répandre, le *klikouschestwo* disparaîtra et entrera dans le domaine de la tradition.

P. Keraval.

Les aliénés en liberté

Sanglant drame de la folie. — Montélimar. — Un nommé Callus, qui, *depuis quelque temps donnait des signes d'aliénation mentale*, se promenait le long de la ligne du chemin de fer en compagnie de son fils, âgé de 12 ans. Au moment où il vit arriver le rapide, il voulut se précipiter sous le train. L'enfant tenta de retenir son père. Une lutte s'engagea et les deux malheureux furent tamponnés et tués nets par le convoi lancé à toute vitesse. (L'*Aurore* du 26 juin).

Assassinés par leur père. Deux enfants tués à coups de hache. — *Le crime d'un déséquilibré.* — Saint-Flour, 6 juillet. — Le nommé Loussert, âgé de quarante-cinq ans, propriétaire à Loudier, commune de Paulhac (Cantal), a tué ses deux enfants, deux garçons de cinq et sept ans à coups de hache. Il a dit que, se trouvant dans de mauvaises affaires, il a voulu les débarrasser de la vie. Loussert *a été interné deux fois pour folie.* (Le *Journal*, 7 juillet 1905.)

Un prisonnier qui devient fou. — Perpignan, 3 juillet. (*De notre correspondant particulier.*) — Le nommé François Padovani, âgé de vingt-six ans, inculpé de complicité dans une tentative d'assassinat commise à Marseille, a été arrêté en Espagne et conduit à Perpignan. Dans l'après-midi d'hier, il fut atteint d'un accès de folie furieuse et se précipita tête baissée contre les murs de sa cellule. Il s'est gravement blessé au crâne. On l'a conduit avec peine à l'hôpital, en attendant qu'on puisse le transférer à l'asile d'aliénés de Limoux. (Le *Journal* du 4 juillet.)

Les exploits d'un fou. — Rue de la Michodière, 7, la nuit dernière, vers minuit, un homme hurlait dans le logement qu'il occupait au sixième étage. Les voisins, terrifiés, prévinrent la police. Des gardiens de la paix montèrent aussitôt. Alternés de chants liturgiques, les cris s'élevaient régulièrement. Aux sommations de la police, l'huis vola en éclats et un grand gaillard, drapé d'un linceul blanc, brandissant un couteau d'où ruisselait le sang, apparut aux yeux effrayés des agents et des concierges.

— Je veux couper, s'écria-t-il, les conduites de gaz, pour mourir comme Syveton ! Fonçant sur l'inspecteur Cherel, il allait lui trancher la tête. On le désarma. Dans sa chambre, brillamment illuminée d'une cinquantaine de cierges, gisait un agneau blanc, éventré sur un piano. L'auteur de ces folies, fou lui-même, Ali-Bonnem, trente-cinq ans, interprète, né à Sétif, a été envoyé à l'infirmerie spéciale du Dépôt. (Le *Journal* du 6 juillet.)

FAITS DIVERS

Asiles d'aliénés. — *Mouvement de juin* 1905. — M. le Dr Lagriffe, médecin-adjoint à Quimper, promu à la 1re classe du cadre. — M. le Dr Mercier, médecin-adjoint à l'asile de Pierrefeu (Var), promu à la 1re classe du cadre. — M. le Dr Bone, médecin-adjoint à l'asile de Braqueville (Haute-Garonne), promu à la classe exceptionnelle. — M. le Dr Ricoux, médecin-adjoint à l'asile de Fains (Meuse), promu à la classe exceptionnelle. — M. le Dr Rousset, médecin en chef de l'asile d'aliénés de Bron (Rhône), est promu à la 1re classe du cadre.

Asile public d'aliénés de la Roche-Gandon a Mayenne. — *Avis.* — Un emploi d'interne est disponible à l'Asile public d'Aliénés de la Roche-Gandon, à Mayenne (Mayenne). Les candidats à cet emploi devront être Français, être âgés de 21 ans au moins et avoir, au minimum, dix inscriptions de doctorat. Le titulaire de l'emploi recevra un traitement annuel de huit cents francs et aura droit en plus à la nourriture, au logement, au chauffage, à l'éclairage et au blanchissage. Les demandes devront être adressées à M. le Directeur-Médecin en chef de l'Asile de la Roche-Gandon, à Mayenne, chargé de les centraliser et de les transmettre à M. le Préfet de la Mayenne. Chaque demande devra être accompagnée des pièces suivantes : 1° Acte de naissance ; 2° certificat de scolarité ; 3° extrait du casier judiciaire.

Asile public d'aliénés de Clermont (Oise). — Deux places d'interne en médecine sont actuellement vacantes à l'Asile des aliénés de Clermont. Les avantages attachés à cette fonction sont les suivantes : Indemnité annuelle : 300 fr.; logement, nourriture, blanchissage, éclairage. Conditions, nationalité française, 16 inscriptions valables pour le doctorat en médecine, certificat de bonne vie et mœurs. Adresser les demandes à M. le directeur de l'Asile de Clermont, avec les pièces justifiant les conditions requises.

Asiles publics d'aliénés laïques. — Les asiles dont les noms suivent ont un personnel *laïque* entièrement : Allier (Sainte-Catherine, à Yzeure près Moulins) ; Aveyron (Rodez, laïcisé l'un des premiers par le Dr Faucher) ; Marne (Châlons) ; Oise (Clermont) ; Rhône (Bron, près Lyon) : Seine (tous les asiles au nombre de six, avec Moisselles) ; Somme (A. de Dury-lès-Amiens) ; Var (Pierrefeu) ; Haute-Vienne (asile de Naugeat près Limoges, laïcisé par notre ami Edgard Monteil, aujourd'hui directeur de l'asile de Villejuif) ; Yonne (Auxerre). Citons enfin la Maison nationale de Charenton.

Le rédacteur-gérant : Bourneville.

Clermont (Oise). — Imprimerie Daix frères.

Vol. XX | Septembre 1905 | N° 117

ARCHIVES DE NEUROLOGIE

CONGRÈS FRANÇAIS
DES
MÉDECINS ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES
Quinzième session tenue à Rennes du 1er au 7 août 1905.

Rennes, mercredi 2 août 1905.

La quinzième session du Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française s'est ouverte à Rennes le mardi 1er août 1905.

Dans la grande salle des fêtes de l'Hôtel de Ville, très joliment décorée de plantes vertes, dès 9 heures du matin, se trouvaient réunis en grand nombre les fidèles habitués du Congrès, venus un peu de toutes les parties de la France, au nombre d'une centaine environ, et auxquels s'étaient joints plusieurs médecins belges et suisses.

Sur l'estrade se trouvaient : MM. les Drs Drouineau, inspecteur général des services administratifs au ministère de l'Intérieur, délégué par le ministre pour suivre les travaux du congrès ; A. Giraud, de Saint-Yon, président du congrès ; MM. Pinault, sénateur-maire ; Rault, préfet d'Ille-et-Vilaine ; Perrin de la Touche directeur de l'Ecole de médecine et de pharmacie ; Oberthur, premier adjoint au maire de Rennes ; Sizaret, médecin en chef de l'asile Saint-Méen, secrétaire général du congrès ; Brager, sénateur ; Bitouzé, notaire ; Janvier, juge au tribunal de commerce, membre du conseil de surveillance de Saint-Méen ; Gaspaillard, conseiller à

la Cour d'appel ; Martin et Canac, avocats généraux ; Bourdelès, procureur de la République, etc.

M. Pinault a ouvert la séance et souhaité la bienvenue aux congressistes dans ces termes :

« Notre ville, qui est avant tout une ville de sciences et d'études, s'honore de posséder dans ses murs, pendant quelques jours, cette pléiade de savants qui s'y sont donné rendez-vous, de la France et de l'étranger, et qui ont pour but de se communiquer le résultat de leurs travaux, de joindre leurs efforts pour combattre le plus grand mal qui puisse affliger l'humanité : l'affaiblissement des facultés mentales.

« Nous sommes heureux de recevoir chez nous les amis de la science et de l'humanité.

« Que vos travaux, messieurs, soient féconds, et si de votre séjour parmi nous peut surgir une découverte et un bienfait pour nos semblables, ce sera pour notre municipalité un grand honneur et en même temps un grand bonheur. »

Puis M. Drouineau, représentant du ministre de l'Intérieur, dit l'utilité scientifique et aussi administrative du Congrès des aliénistes, lequel ne se borne pas seulement à faire avancer la science, mais s'efforce aussi d'améliorer l'assistance des aliénés.

M. Giraud, médecin-directeur de l'asile Saint-Yon et président du Congrès, remercie le maire de la ville de Rennes de ses paroles de bienvenue, ainsi que les diverses notabilités de la ville de Rennes qui ont tenu à honorer de leur présence cette séance d'ouverture. M. Giraud rappelle qu'il est l'un des plus anciens parmi les assidus du Congrès qu'il a l'honneur de présider aujourd'hui. Dans ce pays breton, tout rempli encore de légendes, l'aliénation mentale prend une allure et des caractères particuliers. Mais nous ne sommes plus au temps où les médecins, en recherchant chez les prétendus sorciers les stigmates du diable, semblaient donner quelque fondement scientifique aux atroces châti-

ments qu'infligeaient les juges d'alors. Aujourd'hui, les magistrats et les médecins s'efforcent dans une même collaboration à la connaissance de la vérité : l'expertise médico-légale recherche non plus les stigmates du diable, ni même ces modernes stigmates de la criminalité que l'école italienne voudrait pathognomoniques du type de criminel-né, mais, par un examen complet, à la fois physique et mental, elle cherche à déterminer quelle est la responsabilité du prévenu que le magistrat lui a confié.

A la suite de ce discours, très applaudi, le Congrès s'est rendu au Palais de Justice, sous la conduite des magistrats présents : tour à tour on visita les différentes chambres, garnies de sculptures et tapisseries fort curieuses. Surtout la grande salle de l'ancien Parlement breton provoqua l'admiration, évoquant tout un lointain passé de fédéralisme provincial.

L'après-midi de ce même jour vit commencer les travaux du Congrès dans le grand amphithéâtre du P. C. N. à la Faculté des sciences. Le premier rapport, qui concerne la pathologie mentale, est toujours l'un de ceux qui intéressent le plus vivement la majorité des congressistes. Cette année, la vieille question de l'hypochondrie avait été mise au rapport, et, comme il n'est guère d'aliéniste qui n'ait sur cette question quelque opinion bien arrêtée, le rapporteur pouvait craindre de choquer par ses conclusions un grand nombre de ses auditeurs. Mais la bienveillance des aînés est accueillante à l'inexpérience des jeunes : la pathogénie de l'hypochondrie, qu'avait particulièrement étudiée le rapporteur, et qui soulevait encore les plus vives querelles au siècle dernier, donna lieu hier à un débat d'une rare courtoisie, auquel prirent part MM. Régis (de Bordeaux), Cullerre (de la Roche-sur-Yon), Deschamps (de Rennes), Brissaud, Picqué, Deny et Henry Meige (de Paris). A des critiques aussi autorisés, parmi lesquels se trouvaient des maîtres aimés, le rapporteur s'efforça de répondre

avec une respectueuse indépendance, dont nul ne sembla blâmer la liberté ; si bien que celui qui signe ces lignes put avoir l'illusion, sinon d'avoir gagné tous ses auditeurs à la pathogénie cœnesthésique de l'hypochondrie, du moins de les avoir réunis dans une rare et touchante unanimité de bienveillance à son égard.

Et il garde de ce jour le très reconnaissant souvenir.

Pierre Roy.

Rennes, 3 août 1905.

La soirée qui termina la première journée du Congrès ut consacrée à la réception offerte par la municipalité aux congressistes et aux dames. Cette réception, pendant laquelle la musique municipale se fit entendre, fut très brillante. Après quelques mots de M. Pinault, sénateur et maire de Rennes, le premier adjoint, M. Oberthur, père de notre distingué collègue, célébra d'une voix forte les vertus de la race bretonne ; il insista sur les grands sacrifices que la ville de Rennes s'imposait pour favoriser le développement intellectuel et montra particulièrement quels bénéfices considérables résulteraient de la transformation en Faculté de l'Ecole de médecine actuelle : si l'on trace une ligne droite allant de Bordeaux à Lille, on constate, dit l'orateur, que sept facultés de médecine sont situés à l'Est de cette ligne, tandis qu'aucune ne dessert la vaste région occidentale ainsi délimitée ; la ville de Rennes mérite tout particulièrement l'honneur d'être choisie comme centre universitaire pour les grands sacrifices qu'elle a déjà faits pour les sciences, les lettres et les arts, et pour ceux qu'elle est toute prête à consentir de nouveau. Enfin M. Giraud, président du Congrès, remercie la municipalité de l'aimable accueil fait à tous les membres du XV[e] congrès des Neurologistes et Aliénistes.

Dès le lendemain matin, les congressistes étaient au travail dans l'amphithéâtre du P. C. N., à la Faculté des sciences. La veille, on avait nommé le bureau du

Congrès et les présidents d'honneur ; ceux-ci furent : MM. Pinault, maire de Rennes ; Rault, préfet d Ille-et-Vilaine ; Crocq, représentant du gouvernement belge Vallon, président délégué de la Société médico-psychologique ; Brissaud, délégué de la Société de neurologie ; Perrin de la Touche, directeur de l'Ecole de médecine et de pharmacie de Rennes. MM. Petrucci (d'Angers) et Henry Meige (de Paris) furent nommés vice-présidents ; M. Dide, secrétaire des séances.

La séance du mercredi matin fut d'abord occupée par quelques communications se rapportant à la question et discutée la veille : MM. Taty et Chaumier (de Lyon), MM. Deny et Paul Camus (de Paris), M. Eugène Bernard-Leroy (de Paris) rapportent d'intéressantes observations. — Puis la question des *tics* est, cette année encore, discutée devant le congrès par ses champions habituels, MM. Pitres et Cruchet (de Bordeaux), Brissaud et Henry Meige, qui rapportent des cas très curieux de tic hystérique, d'hémispasme facial périphérique post-paralytique, de tics sphinctériens. En outre, M. Sabrazès (de Bordeaux) signale l'organisation en tics associés à la parole de certains mouvements involontaires stéréotypés des tabétiques.

Cette séance du matin se termine par une longue discussion soulevée par M. Granjux à propos de l'aliénation mentale dans l'armée. M. Granjux, dont la compétence en pareille matière est bien connue, recherche les causes de la fréquence des maladies mentales dans l'armée et signale l'absence d'examen sérieux des « *bons absents* » et le déséquilibre d'un grand nombre d'*engagés*. MM. Brissaud, Cullerre, Christian, Régis, Drouineau, etc., discutent les termes des vœux proposés par M. Granjux pour remédier à cet état de choses. Mais la question est trop importante pour être épuisée par un simple échange de vues et sera mise au rapport du prochain Congrès (1).

(1) Il devait en être ainsi, mais des raisons sérieuses ont fait ajourner cette question.

L'après-midi de ce même jour, M. Sicard (de Paris) expose son rapport sur les névrites ascendantes : dans une question très embrouillée, le rapporteur a mis la plus grande clarté ; il élimine tout ce qui n'est pas la névrite ascendante douloureuse, traumatique, infectieuse, et ainsi se trouve précisé un syndrome sur lequel tout le monde peut s'accorder. Pourtant M. André Léri (de Paris) se demande s'il ne peut pas exister, à côté de ce syndrome si douloureux, une forme latente qui ne se reconnaîtrait qu'à l'examen histologique de la moelle, chez des amputés, par exemple. Et M. Brissaud conclut qu'il vaut peut-être mieux réserver, avec M. Sicard, le nom de névrite ascendante à un processus à la fois anatomique et clinique.

Les congressistes se réunirent ensuite, au nombre d'une centaine, en un banquet, auquel assistaient beaucoup de dames, et que présidaient MM. Pinault, sénateur et maire de Rennes, Rault, préfet, Giraud et Drouineau. De nombreux toasts furent portés par MM. Giraud, Pinault, Drouineau, Crocq, Vallon, Sizaret, Petrucci, Brissaud, etc.

Mais vers onze heures du soir, les congressistes regagnaient leurs demeures respectives, en songeant qu'ils devaient tôt se lever pour faire, le lendemain, la superbe excursion de Dinan et de l'asile d'aliénés de Léhon, des bords de la Rance et de Saint-Malo. Pierre Roy.

Séance du 1er août. — Présidence de M. Giraud.

De l'hypochondrie.

M. Pierre Roy (de Paris), *rapporteur*. — L'hypochondrie a une histoire aussi vieille que son nom, qui date d'Hippocrate. La littérature en est considérable et les traités de l'hypochondrie ont été particulièrement nombreux en France au XIXe siècle. Aujourd'hui, ce qui importe, ce n'est pas tant *l'étude historique*, ni la *description clinique*, mais bien plutôt l'origine et la situation nosologique de l'hypochondrie.

I. Pathogénie de l'idée hypochondriaque. — **Réservant la**

question de l'*hypochondrie*, syndrome ou entité morbide suivant les auteurs, Pierre Roy s'en tient tout d'abord à l'étude pathogénique de l'*idée hypochondriaque*, base clinique invariable, nécessaire et incontestée de tout état hypochondriaque. Pour tous les auteurs, l'idée hypochondriaque est une préoccupation *nettement exagérée ou sans fondement*, relative à la santé physique. Mais c'est précisément la question longuement discutée par les vieux auteurs de savoir si cette préoccupation morbide n'est qu'exagérée ou est réellement sans aucun fondement. Y a-t-il, à l'origine de ces préoccupations, des sensations réelles ou imaginaires ? S'agit-il d'un trouble intellectuel, d'une obsession psychique, d'une monomanie triste, d'une cérébropathie ? ou bien s'agit-il d'une maladie des organes situés dans les hypochondres ? L'hypochondrie est-elle essentielle et *sine materia*, ou bien est-elle symptomatique et *cum materia* ?

Le rapporteur ne fait qu'évoquer ces vieilles querelles et s'en tient à l'histoire contemporaine de l'hypochondrie, c'est-à-dire à la période qui s'étend de 1880 à 1905 et qu'il qualifie, avec Wollemberg, de *période neurasthénique*. En effet, l'avènement de la maladie de Beard constitue un événement capital dans l'histoire de l'hypochondrie et cette affection n'appartient plus exclusivement aujourd'hui à la psychiatrie, mais aussi à la neurologie, sinon même à la pathologie générale. Entre l'*hypochondria minor* et non délirante des neurasthéniques, que tous les spécialistes et médecins praticiens sont exposés à rencontrer, et l'*hypochondria major*, franchement délirante, vésanique, qui n'est guère connue que des aliénistes, tous les états intermédiaires peuvent s'observer. Sans doute, certains auteurs en France et à l'étranger se sont efforcés de maintenir une différence fondamentale entre la neurasthénie et l'hypochondrie. Mais la plupart s'accordent aujourd'hui à reconnaître l'impossibilité de différencier l'un de l'autre ces deux états. Aussi, l'étude pathogénique de l'idée hypochondriaque devra s'adresser surtout aux cas simples, précoces et légers des préoccupations neurasthéniques, et négliger les cas complexes, graves et tardifs des idées de négation.

Le gros problème pathogénique de l'idée hypochondriaque consiste à rechercher s'il s'agit d'un symptôme purement psychique, ou si une étude attentive ne peut pas lui découvrir quelque fondement organique. Pour exposer les deux opinions adverses, avec quelque précision, Pierre Roy oppose les observations et les travaux des deux auteurs qui lui semblent représenter aujourd'hui, dans ce qu'elles ont de plus extrême, la doctrine psychique et la doctrine viscérale.

1° La *doctrine psychique* trouve son représentant dans Du-

bois (de Berne), pour lequel l'hypochondrie, comme toute autre psycho-névrose, est une affection purement psychique, à symptômes exclusivement psychiques, justiciables de la seule thérapeutique psychique. L'hypochondriaque grossit dans son imagination les nombreux troubles fonctionnels qu'ils ressent comme nous autres : il les rend durables par l'attention qu'il leur prête et l'idée de maladie devient chez lui l'idée fixe.

Le meilleur moyen de troubler sa santé, c'est précisément de s'en inquiéter. On n'est malheureux qu'autant qu'on le croit. La souffrance est toujours psychique. Aussi, pour Dubois (de Berne), il est enfantin de rechercher, à l'origine d'une psycho-névrose, des altérations structurales ou chimiques ; il est même dangereux de rechercher les troubles périphériques locaux chez les hypochondriaques, car les constater, c'est les faire naître. Quant au traitement, exclusivement moral, il faut, pour le diriger, être avant tout psychologue et moraliste plus encore que clinicien.

2° La *doctrine viscérale* est curieusement illustrée par le récent mémoire de Head sur certains troubles mentaux qui accompagnent les affections viscérales. A l'hôpital de Victoria Park pour les maladies de la poitrine (cœur et poumon), Heads, ayant scrupuleusement éliminé toutes les causes d'erreur, a étudié soigneusement des cardiaques et des tuberculeux, qui n'étaient pas aliénés, et même ne présentaient aucune prédisposition psycho-névropathique. Or, chez certains de ces malades, il a observé tantôt des *changements d'humeur* (dépression, exaltation, sentiment de bien ou de mal-être, état de suspicion et d'inquiétude rappelant beaucoup l'état d'interprétation de certains aliénés), tantôt des *hallucinations* de la vue, de l'ouïe ou de l'odorat. Chez tous les malades qui présentaient ces troubles mentaux (154 observations dont aucune ne fut suivie pendant moins de cinq semaines), on releva l'existence de la *douleur viscérale réfléchie* au niveau des zones tégumentaires, déterminées pour chaque organe grâce aux nombreux travaux antérieurs de Head. Cette douleur viscérale réfléchie, qui manquait, au contraire, chez tous les cardiaques et tuberculeux sans troubles mentaux, serait donc la cause directe des modifications psychiques apparues chez des sujets psychiquement normaux. De même, dans tous les cas d'hallucinations, Head a constamment trouvé la céphalée avec hyperesthésie cranienne du type réfléchi : au niveau de la zone nasale et frontale chez les hallucinés de la vue ; au niveau de la région vertébrale et pariétale chez les hallucinés de l'ouïe ; au niveau de la zone temporale chez les hallucinés de

l'odorat. *Le facteur déterminant la forme de l'hallucination serait donc la localisation de la céphalée et de l'hyperesthésie maxima du cuir chevelu.* Cette action de la douleur réfléchie sur l'état mental s'expliquerait, pour Head, de la manière suivante : normalement la vie viscérale est en dehors de la conscience et nous restons ignorants des légers troubles de son fonctionnement ; mais si, dans les troubles graves et prolongés, la douleur viscérale réfléchie apparaît, les sensations produites par l'activité anormale des viscères qui normalement restaient au bord ou tout à fait en dehors de la conscience, remontent désormais à la surface et accaparent le champ central de l'attention.

Head s'était borné à enlever à l'hystérie toute une catégorie de symptômes psychiques en rapport avec les affections viscérales. Mais d'autres auteurs, en particulier Gamble, ont supprimé la distinction nettement établie par Head entre les troubles mentaux des véritables aliénés et ceux des cardiaques et tuberculeux conscients qu'il observait. Pour Gamble, un grand nombre de cas d'aliénation mentale ne seraient que des manifestations psychiques de maladies organiques viscérales.

Telles sont les deux théories extrêmes auxquelles on peut rattacher la plupart des faits rapportés en ces dernières années. En effet, le rôle de la cœnesthésie dans les états affectifs normaux (joie, tristesse) et dans les états psycho-pathologiques (mélancolie anxieuse ou avec stupeur, hallucinations de la sensibilité générale, délires systématisés) tend à prendre une place de plus en plus importante. La cœnesthésie est le sentiment que nous avons de notre propre existence, la sub-conscience végétative ou splanchnique ; mais il ne faut pas opposer radicalement les sensations internes et externes, et, dans toute perception sensorielle, il existe, à côté de l'élément spécifique, propre à la vie de relation, un élément organique qui prend part à la synthèse cœnesthésique, sans doute par l'intermédiaire des filets sympathiques mêlés à tous les nerfs périphériques. La cœnesthésie serait donc, à proprement parler, tant par ses origines splanchniques que sensorielles, *la conscience du sympathique*. On comprend les liens étroits qui unissent les états hypochondriaques aux troubles cœnesthésiques.

Tout le monde admet l'existence de certains cas plus ou moins exceptionnels d'hypochondrie symptomatique (délire de zoopathie interne chez des cancéreux, tabétiques, alcooliques, entéritiques, etc.) mais, en dehors de ces cas, dont d'ailleurs le nombre augmente en même temps que la précision de nos procédés diagnostiques et de nos techniques histolo-

giques, on peut établir l'existence des troubles viscéraux dans l'hypochondrie à l'aide d'un grand nombre de documents cliniques et anatomo-pathologiques.

En dehors des travaux de Head, beaucoup d'observations confirment que *les troubles sensitifs de la paroi révèlent la lésion viscérale sous-jacente* (hyperesthésie thoracique en rapport avec les crises gastriques des tabétiques, la dilatation d'estomac, etc.). En outre, *les troubles locaux des neurasthénique et des hypochondriaques correspondent toujours à des lésions locales* (dyspepsie hypochondriaque de Hayem, hypokinésie gastrique de Pio Galante, etc.). A cet égard, les sensations hypochondriaques, gastralgiques ou autres, sont comparables aux sensations illusoires des amputés, qui ne sont jamais créées de toutes pièces par le cerveau, mais toujours d'origine périphérique (Pitres). *Les conceptions hypochondriaques ne sont que l'interprétation délirante de sensations anormales réelles* : un angineux croit avoir un chat dans la gorge, un constipé croit que son intestin est bouché, etc. De même, la paralysie générale tabétiforme s'accompagne souvent d'un délire hypochondriaque entretenu par les douleurs fulgurantes, viscéralgies, etc.

Les *lésions du sympathique* dans les maladies mentales sont attestées par les analgésies viscérales signalées au cours du tabès et de la paralysie générale (accouchements indolores, ulcères ronds non douloureux de l'estomac, etc.) et par le syndrome solaire douloureux (Jaboulay) de certains névropathes. En outre, des paralytiques généraux hypochondriaques ont présenté des lésions des ganglions semi-lunaires et des nerfs splanchniques (Laignel-Lavastine). Pour Régis et Cazeneuve, le paralytique hypochondriaque et négateur est un sujet qui témoigne de l'atteinte profonde de son système sympathique. De même qu'il y a une forme spinale, il y aurait une *forme sympathique de la paralysie générale*, caractérisée par la coexistence de troubles viscéraux et de conceptions hypochondriaques.

A côté de tous ces faits qui établissent nettement l'existence des troubles viscéraux dans les états hypochondriaques, il convient de signaler l'influence souvent considérable que prennent, dans certains cas, les troubles proprement psychiques. Il ne suffit pas, en effet, de présenter des troubles organiques pour aussitôt devenir hypochondriaque (euphorie persistante de certains aveugles-nés, cardiaques, etc.). Il faut encore une constitution psychique spéciale, un véritable tempérament hypochondriaque. Ceci ne veut pas dire que le délire hypochondriaque soit dû exclusivement à un trouble fonctionnel du cerveau (hypochondrie essentielle, idéogène). Mais

il est incontestable que certains facteurs purement intellectuels (lecture des livres de médecine par les gens du monde, nosophobie des jeunes étudiants en médecine, syphilophobie, préoccupation hypochondriaque de la paralysie générale chez les anciens syphilitiques, etc.) jouent un rôle important dans le développement des idées hypochondriaques.

En réalité, *il n'y a pas d'hypochondrie purement intellectuelle*, exclusivement idéogène. Mais *il n'y pas non plus d'hypochondrie purement symptomatique* qui puisse se développer sur un cerveau absolument sain. Pour que naisse l'idée hypochondriaque, deux conditions sont nécessaires et suffisantes : une constitution psychique spéciale et des troubles cœnesthésiques. Ces deux facteurs pathogéniques, — l'un d'ordinaire périphérique, viscéral et sympathique, souvent curable par un traitement local approprié, — l'autre central, psychique, le plus souvent héréditaire et difficilement réductible par le traitement moral le plus énergique, peuvent toujours être retrouvés à l'origine de tout état hypochondriaque. Mais l'importance de chacun d'eux varie suivant les cas, et généralement en raison inverse l'un de l'autre. La prédominance de l'un des éléments, psychique ou cœnesthésique, peut bien expliquer le succès ou l'insuccès d'une thérapeutique surtout morale ou surtout physique, mais n'exclut jamais l'indispensable collaboration de l'autre facteur pathogénique.

Ainsi l'aridité de ces considérations théoriques est compensée par l'incontestable utilité des conclusions pratiques qui en découlent au point de vue thérapeutique.

II. — Etude nosologique de l'hypochondrie. — Les deux facteurs, cœnesthésique et psychique, nécessaires au développement de l'idée hypochondriaque, peuvent se rencontrer dans les affections les plus variées : dans presque toutes les maladies mentales, leur coexistence peut provoquer l'apparition d'un état hypochondriaque, avec des différences cliniques qui peuvent s'expliquer par l'importance prédominante, mais jamais exclusive, de l'un des deux facteurs.

Autrefois, on cherchait à distinguer l'hypochondrie, névrose particulièrement réservée aux hommes, de l'*hystérie*, névrose essentiellement féminine ; trop de faits contradictoires ne permettent plus de retenir les termes de cette distinction. De même la différenciation de l'hypochondriaque avec le *mélancolique* et le *persécuté* ne peut plus être admise sous la même forme qu'autrefois. Il y a des mélancoliques hypochondriaques ; il y a aussi des persécutés hypochondriaques ; mais ce qui importe, c'est bien plus le diagnostic étiologique que le diagnostic différentiel de ces derniers états morbides.

1° Les états hypochondriaques peuvent se montrer au cours des *démences* (sénile, précoce, alcoolique, apoplectique, etc). Mais c'est surtout dans la démence paralytique qu'on observe le délire hypochondriaque avec une fréquence presque égale à celle du délire ambitieux. On peut dire que tout hypochondriaque délirant à l'asile doit être tenu pour suspect de paralysie générale.

2° L'*idiot* ne pourra guère interpréter dans le sens hypochondriaque ni dans aucun autre ses sensations anormales ; en revanche, l'*imbécile*, le *débile*, l'*épileptique* présentent fréquemment des conceptions délirantes hypochondriaques presque aussi absurdes que celle du dément paralytique.

3° Dans les *toxi-infections*, en particulier dans *l'alcoolisme chronique*, l'intensité des troubles de la sensibilité générale explique la fréquence et la violence des réactions hypochondriaques (auto-mutilation). Il en est de même dans les autres états toxi-infectieux (confusion mentale typhique, grippale, puerpérale, intoxication par le sulfure de carbone chez les ouvriers travaillant le caoutchouc, etc., etc.), et aussi dans la *mélancolie présénile*, psychose d'involution.

4° A côté des paranoïaques, à interprétations délirantes, à troubles hallucinatoires, etc., il existe un groupe de *psychopathes constitutionnels*, les paranoïaques hypochondriaques, dont la forme morbide a été décrite par les différents auteurs sous des noms très variables : folie hypochondriaque (Morel), neuro-psychose hypochondriaque (Krafft-Ebing), délire hypochondriaque systématisé (Schüle), hypochondrie systématisée primitive (Séglas), hypochondrie constitutionnelle (Wollenberg), etc. C'est encore dans le groupe des psychopathies constitutionnelles qu'il faut ranger la *mélancolie intermittente*, où s'observe fréquemment des idées hypochondriaques.

5° Enfin on peut ranger dans le groupe de la *neurasthénie* toute une catégorie d'hypochondriaques *minores* présentant des appréhensions, des craintes plus ou moins incertaines, plutôt que des convictions délirantes, et capables d'être heureusement influencés par le traitement moral. Ce sont les nosophobes, de types très variés (gastro-intestinal, cardiaque, tuberculeux, médullaire, génital, etc.), qui ne viennent guère à l'asile d'aliénés, mais qui fréquentent assidûment les consultations des divers spécialistes (gastrologues, gynécologues, électro-thérapeutes, chirurgiens, laryngologistes, dentistes, etc.) Même dans ces cas, où le rôle de la mentalité apparaît nettement prédominant, il importe de ne pas négliger néanmoins le traitement des troubles locaux réels et indispensables pour

provoquer, ou tout au moins localiser, les préoccupations morbides.

Ayant passé en revue les diverses maladies dont la spécificité est actuellement reconnue et au cours desquelles se rencontrent les états hypochondriaques, on est conduit à penser qu'il ne reste plus place pour une entité autonome qui serait l'hypochondrie tout court, l'hypochondrie proprement dite : *L'hypochondrie n'existe pas, en tant qu'affection distincte, justifiant sa spécificité par quelque caractère étiologique ou évolutif.* Il n'y a que des états hypochondriaques toujours symptomatiques d'une des affections précédentes.



Le rapport sur l'hypochondrie de M. Pierre Roy a une annexe en collaboration avec M. Juquelier, dans laquelle on trouve l'application à la *médecine légale de l'hypochondrie*, des conclusions pathogéniques et nosologiques exposées plus haut. Les auteurs ont d'abord éliminé de leur étude les différents cas où les idées hypochondriaques, bien que très réelles, n'ont pas engendré directement la réaction médico-légale (neurasthéniques hypochondriaques kleptomanes).

Le *suicide* figure au premier rang des réactions hypochondriaques : persuadés de ne jamais guérir et persuadés quelquefois même que la mort ne mettra pas spontanément un terme à leurs souffrances, les malades recourent au suicide et leurs tentatives sont assez fréquemment couronnées de succès. C'est à tort que l'on a voulu opposer au mélancolique qui souhaite la mort et se tue, l'hypochondriaque qui craint la mort et ne se tue pas.

Toutefois, la division de Legrand du Saulle en hypochondriaques craignant la mort (*malades qui se soignent*, neurasthéniques nosophobes et thanathophobes) et en hypochondriaques craignant la douleur (*malades qui se tuent*, mélancoliques hypochondriaques avec idées d'incurabilité) reste pratiquement valable. L'apparition d'un état anxieux peut parfois expliquer la soudaineté d'un suicide tout à fait inattendu. Le problème médico-légal le plus fréquemment soulevé par le suicide hypochondriaque consiste à reconnaître si ce suicide peut être considéré comme *volontaire* et dégager en ce cas une compagnie d'assurances sur la vie de toute obligation envers les héritiers de son client. Il n'y a pas de règle fixe et tous les cas doivent être examinés soigneusement. Mais quand, des deux éléments qui créent l'hypochondrie, l'élément psychique *constitutionnel* a une importance capitale et a donné lieu à des idées ou des préoccupations hors de

proportion avec les troubles cœnesthésiques *accidentels*, il est permis de conclure que la mort n'a pas été volontaire.

L'*automutilation* des hypochondriaques diffère du suicide, ou même de la tentative du suicide, par ce fait qu'elle est pratiquée par le malade dans un but de défense.

Les *hypochondriaques homicides* sont pour le petit nombre des mélancoliques et pour la majorité des persécutés. Chez les mélancoliques, il s'agit le plus souvent d'homicide-suicide (suicide à deux, suicide collectif) dû à ce que l'hypochondriaque croit les siens perdus en même temps que lui. Il existe une forme hypochondriaque du délire de persécution qui peut entraîner des réactions dangereuses, en particulier l'homicide, lequel présente alors les mêmes caractères que l'homicide des persécutés-persécuteurs.

Les hypochondriaques homicides sont surtout des persécuteurs des médecins qu'ils accusent de les avoir mal soignés ou d'être la cause de leur infirmité (atrophie testiculaire à la suite des interventions chirurgicales pour varicocèle, etc.). Les préoccupations d'ordre génital peuvent encore entraîner fréquemment l'homicide hypochondriaque : le malade accuse une femme de lui avoir pris sa virilité, de l'avoir pourri, de lui avoir communiqué une maladie vénérienne, etc. Dans tous ces cas, on se souviendra que plus l'élément psychique et constitutionnel aura d'importance, plus la responsabilité de l'inculpé sera diminuée.

De même qu'il peut tuer, l'hypochondriaque peut aussi *incendier*, et pour des motifs à peu près semblables.

Enfin c'est surtout dans l'*hypochondrie traumatique*, qu'il importera de déterminer, par une analyse soigneuse de chaque cas, la part de la prédisposition psychique *constitutionnelle* et de la circonstance *accidentelle*, en l'espèce le traumatisme physique ou moral incriminé.

Discussion.

M. Régis (de Bordeaux), après avoir regretté que le rapporteur ait été choisir à l'étranger les deux protagonistes des doctrines pathogéniques de l'hypochondrie, s'empresse d'affirmer qu'il partage entièrement la doctrine défendue par M. Pierre Roy dans son rapport et rappelle qu'il a déjà maintes fois exprimé cette opinion qu'il existait un véritable substratum cœnesthésique à l'origine des états hypochondriaques. De même, M. Régis affirme, avec le rapporteur, l'identité de nature entre la nosophobie neurasthénique et le délire des négations, états extrêmes reliés entre eux par toute une série de chaînons

intermédiaires ; il regrette que la thèse récente d'un de ses élèves, où se trouve développée cette idée qu'il professe déjà depuis longtemps, n'ait pas été mentionnée dans le rapport. Il montre, par deux exemples tout à fait typiques, que les expressions mêmes employées par les malades pour traduire leurs préoccupations nosophobiques ou leurs idées de négation sont parfois absolument identiques.

M. Régis a recherché, lui aussi, les troubles de la cœnesthésie chez les hypochondriaques par la voie expérimentale ; l'exploration électrique pourrait à cet égard être utilisée.

Enfin le rapporteur n'a parlé que de l'hypochondrie *physique* et il a négligé les cas si nombreux d'hypochondrie psychique, dans lesquels les malades s'inquiètent non de leur estomac ou de leur intestin, mais de leur esprit. Cette hypochondrie intellectuelle ne diffère assurément pas de la première, ni au point de vue nosologique, ni au point de vue pathogénique, mais elle peut souvent se montrer prédominante et même à l'exclusion de toute préoccupation physique.

M. Cullerre (de La Roche-sur-Yon) veut bien accepter les conclusions du rapport de M. Pierre Roy, puisqu'elles admettent que l'un des deux facteurs pathogéniques de l'hypochondrie peut être réduit au minimum. Pour M. Cullerre, le facteur cœnesthésique ne joue qu'un rôle très peu important et le plus souvent nul : c'est l'état d'anxiété qui est manifestement primitif dans les auto-mutilations des hypochondriaques.

M. Brissaud (de Paris) pense que peut-être l'hypochondrie n'est qu'une représentation corticale de lésions ou de symptômes viscéraux latents. Un ouvrier manœuvre, qui fut longtemps considéré comme un simple neurasthénique gastropathe par MM. Brissaud, Hayem, etc., vient d'être opéré pour une hématémèse due à un ulcère resté méconnu malgré des examens minutieux et répétés. Entre la neurasthénie et l'hypochondrie, on peut trouver tous les états intermédiaires ; mais ce qui caractérise le neurasthénique, c'est le *manque de sécurité*, et ce qui caractérise l'hypochondrie, c'est l'*algie*.

Les accidentés du travail qui présentent ce manque de sécurité, à la suite d'un traumatisme, comme par exemple le couvreur qui, après une chute insignifiante, ne peut plus monter sur un toit sans avoir le vertige, soulèvent le difficile problème médico-légal qui consiste pour le médecin expert à déclarer s'il est dû une indemnité pour des symptômes uniquement subjectifs.

M. Lucien Picqué (Paris). — Vous excuserez un chirurgien de prendre la parole dans une assemblée de médecins alié-

nistes. Si j'interviens dans le débat actuel, après les hommes éminents qui ont occupé cette tribune,c'est que j'ai eu l'occasion comme chirurgien des asiles, d'intervenir fréquemment chez les hypochondriaques ; c'est que, d'autre part, certains points du rapport si justement remarqué de M. Roy viennent éclairer singulièrement les observations que j'ai pu faire ; c'est qu'enfin le distingué rapporteur a bien voulu consacrer un chapitre spécial au traitement chirurgical de l'hypochondrie et qu'il y a discuté plusieurs de mes observations.

Certes, la situation du chirurgien est délicate dans cette question ; c'est pourquoi, d'ailleurs, je me suis jusqu'alors abstenu de publier toutes mes observations personnelles dans un travail d'ensemble,me contentant de les donner à mes élèves pour leurs thèses,ou de les insérer dans des études générales sur la chirurgie des aliénés. Je crois cependant le moment venu pour moi d'insister devant vous sur quelques observations personnelles publiées dans le rapport de M. Roy, et de vous montrer rapidement comme je comprends, au point de vue pratique, la question de l'intervention chirurgicale chez les hypochondriaques.

Je n'ai pas, naturellement, à prendre parti dans vos discussions doctrinales, je n'ai pas à me prononcer pour ou contre l'hypochondrie essentielle à savoir si la distinction qu'a établie récemment, dans son rapport, M. le prof. Vollenberg de Tubingen, entre l'hypochondrie constitutionnelle et accidentelle, est réellement fondée, et si le prof. Régis a raison d'opposer, comme il le faisait il y a un instant, à l'hypochondrie physique une hypochondrie morale.

Mais vous me reconnaîtrez, par contre, le droit de retenir cette définition que M.Roy donne de l'hypochondrie : « L'hypochondrie n'est qu'un délire par introspection somatique ; c'est l'interprétation, par un cerveau prédisposé à l'introspection de troubles somatiques réels », et aussi « que tous les états hypochondriaques sont symptomatiques de quelque affection déterminée ».

Si cette formule a paru excessive à notre distingué collègue Deny, de la Salpêtrière, si elle a paru incomplète à MM. Régis et Brissaud, il n'en est pas moins vrai que l'origine somatique de ce délire a été admise par eux dans certains cas, et je n'en veux pour preuve que la remarquable observation que nous a signalée le prof. Brissaud de ce malade, souffrant de vives douleurs d'estomac, qui fut considéré par le prof. Hayem, après un examen attentif du chimisme stomacal, comme n'ayant aucune lésion, et qui pourtant présenta tout d'un coup une hématémèse qui nécessita une opération chirurgicale.

Si donc il n'est pas permis, selon quelques-uns d'entre vous, de rattacher tous les hypochondriaques à la formule de M. Roy, il n'en est pas moins vrai qu'un certain nombre doivent y rentrer.

Le chirurgien est dès lors, en droit, dans ces cas particuliers de poser le problème de la façon suivante : en présence d'une même lésion, deux cas peuvent se présenter :

1° Si le malade possède une mentalité normale, il peut se préoccuper de sa lésion, et cette préoccupation reste légitime.

2° Dans le cas contraire, l'analyse mentale qu'il fera de son état deviendra morbide ; il en résultera des troubles mentaux qui pourront, dès lors, le mener à l'internement.

La chirurgie, en supprimant la lésion pourra, par voie de conséquence, mettre fin aux troubles mentaux, c'est la voie ouverte à l'espérance, mais la pratique n'est pas aussi simple que la conception théorique, et nous devons voir, maintenant, ce que doit faire le chirurgien devant un délire hypochondriaque d'origine somatique. S'il ne veut pas aller à un échec, il doit, selon nous, envisager successivement la forme du délire, l'état mental du malade, et la nature de la lésion.

Forme du délire. — S'il s'agit d'un délire hypochondriaque systématisé, surtout quand il revêt la forme zoopathique, le chirurgien, le plus souvent, doit s'abstenir ; cette interprétation absurde des sensations éprouvées et qui caractérise ce délire s'observe souvent dans la débilité mentale : la croyance du malade est irréductible, et la suppression de la lésion n'arrive pas à modifier le délire. Je possède une observation de ce genre bien intéressante que je publierai un jour. M. Roy, dès lors, a bien fait, dans son rapport, de s'élever contre les opérations pratiquées dans ces cas. Je suis de son avis d'une façon générale, sous certaines réserves que j'indiquerai ailleurs.

Dans d'autres circonstances, il s'agit, non plus d'un délire systématisé, mais d'une simple préoccupation qui pousse parfois le malade au suicide. Parmi ces préoccupations il en est de légitimes, il en est de morbides. Quelle est la limite des unes et des autres ?

J'ai publié ailleurs trois cas de préoccupations hypochondriaques chez des malades atteints, l'un de fistule stercorale, l'autre de fistule urinaire consécutive à une taille hygastrique, l'autre de cécité.

J'ai guéri ces malades de leur hypochondrie en guérissant la fistule chez les deux premiers, en rendant la vue au troisième.

M. Roy prétend que, chez ces trois malades, les préoccupa-

tions étaient légitimes ; la conclusion qu'on en pourrait alors tirer, c'est que ces malades n'étaient pas des aliénés.

Je lui répondrai, par contre, que ces trois malades étaient bien réellement des aliénés, puisque tous les trois avaient été internés, après des tentatives de suicide, sur des certificats délivrés par les médecins aliénistes. Ils ont également bien guéri à la suite de l'intervention, puisqu'ils ont quitté l'asile sur des certificats de guérison.

Etat mental des malades. — Le diagnostic de l'état mental est important. Dans mon article sur le varicocèle, j'avais établi qu'il faut opérer l'hypochondriaque simple et s'abstenir chez l'hypochondriaque vésanique.

Tout en admettant que l'intervention chirurgicale peut, dans certains cas, guérir l hypochondriaque, M. Roy pense que le psychiatre se trouve « dans l'impossibilité de fournir au chirurgien la formule invariable qui toujours le tirera d'embarras en présence de l'infinie diversité des malades ». Je pense que le rapporteur est trop modeste et qu'il pourra, dans un grand nombre de cas, comme nos collègues le font d'ailleurs journellement dans nos asiles, nous dire si, chez tel malade, l'hypochondrie est liée à la paralysie générale, à la démence, dans ses principales formes sénile, précoce ou alcoolique,

Etat local. — Reste l'étude de l'état local. Dans certains cas, les troubles viscéraux sont grossièrement symptomatiques. Le rapporteur nous cite les cas intéressants de Dupré, de Mirallée et de Vigouroux. Mais il est des cas difficiles, tel celui cité plus haut du prof. Brissaud.

Il en est d'autres, comme le varicocèle, que j'ai étudiés dans une note spéciale. Mais ce sont les cas de déplacement d'organes, comme le rein mobile ou le prolapsus utérin, qui créent au chirurgien les plus grands embarras.

Dans l'ectopie rénale, y a-t-il altération ou non du rein ? Dans le prolapsus utérin, y a-t-il des lésions concomitantes des annexes ?

Dans ce dernier cas, les troubles fonctionnels sont-ils exactement en rapport avec le degré du déplacement.

Toutes questions que le chirurgien seul peut résoudre et je puis répéter là ce que j'ai souvent dit d'ailleurs, c'est que la chirurgie devient une arme à double tranchant que si elle peut guérir le délire, elle peut parfois l'aggraver.

J'ai pour ma part, bien souvent refusé des interventions qui m'étaient proposées dans ces conditions alors que, d'autre part, je réclamais des interventions qui paraissaient inutiles au premier abord.

Je ne rappellerai ici que l'observation d'une femme publiée ailleurs, qui, pendant plusieurs années, cherchait en vain un

chirurgien pour l'opérer d'un rein mobile ; elle finit pas présenter un délire hypochondriaque qui l'amena à l'asile et elle n'en put sortir guérie qu'à la suite de l'intervention chirurgicale que je lui pratiquai.

Donc si, dans cette chirurgie, le rôle de l'aliéniste est capital, celui du chirurgien ne l'est pas moins. Il faut parallèlement un diagnostic mental précis et un diagnostic chirurgical exact et je pense partager l'opinion du plus grand nombre en affirmant qu'il y a erreur de croire « que chercher la lésion c'est la créer ».

Il n'y a qu'une restriction à faire et que tous nos élèves connaissent bien aujourd'hui, c'est que dans certaines maladies, comme le varicocèle et l'appendicite, il convient, selon une expression familière, de ne pas « semer le microbe de l'obsession » chez les prédisposés hypochondriaques et les nosophobes.

Chez eux il convient ni de prolonger des examens inutiles, ni d'instituer des traitements superflus. Il faut les rassurer surtout ; mais bien différente doit être, comme je viens de le dire, la conduite du chirurgien chez les vrais hypochondriaques.

En résumé, l'évolution des idées qui se fait actuellement dans la pathogénie du délire hypochondriaque ouvre pour certaines formes d'entre elles une voie nouvelle à la chirurgie, mais il faut, comme je n'ai cessé de le répéter dans mes précédents travaux, une union intime entre le psychiatre et le chirurgien.

Au psychiatre revient la tâche délicate d'établir la variété du délire hypochondriaque. Au chirurgien celle de fixer la nature de la lésion et de déterminer l'importance réelle des troubles fonctionnels.

M. Deny (de Paris). — Sans méconnaître l'intérêt des travaux de M. Dubois (de Berne) et de M. Head (de Londres), j'estime que M. Roy leur a accordé dans son rapport une place beaucoup trop considérable parce que les théories pathogéniques de l'hypocondrie personnifiées aux yeux de M. Roy par ces deux auteurs, ne s'appuient en réalité ni l'une ni l'autre sur des faits ressortissant au domaine de la psychiatrie. En outre, comme vient de le faire remarquer M. Régis, ces théories ne sont que la reproduction, sous une forme à peine rajeunie, des doctrines qui depuis les temps les plus reculés jusqu'à nos jours ont divisé les médecins sur l'origine centrale ou périphérique de l'hypochondrie.

Enfin, à part quelques observations isolées, les prétendues zones de douleur viscérale réfléchie de M. Head n'ont été re-

trouvées jusqu'ici par aucun des auteurs qui les ont systématiquement recherchées.

M. Brissaud vient de nous dire qu'il y avait échoué : des recherches du même ordre ont été poursuivies sans plus de succès par M. Guillain pour les affections du cœur et des poumons ; par M. J. Ch. Roux pour les maladies de l'estomac ; par M. Dupuy-Dutemps pour les affections oculaires.

Chez les aliénés hypochondriaques, les mêmes laborieuses investigations de la sensibilité n'ont pas été plus heureuses.

Dans ces conditions, il est permis de s'étonner que M. Roy ait édifié de toutes pièces une théorie somatique de l'hypocondrie sur une base aussi fragile, et qu'il ait complètement sacrifié à des données encore hypothétiques la vieille théorie psychique soutenue bien avant M. Dubois par les plus illustres représentants de la psychiatrie, parmi lesquels il me suffira de rappeler les noms de Georget, des deux Falret, de Morel, de Guislain, etc.

C'est cependant cette théorie psychique qui, traduite en langage physiologique rend actuellement le mieux compte de la genèse des états hypochondriaques.

J'adresserai un autre reproche à M. Roy, celui d'avoir complètement banni de son rapport la notion de l'hypocondrie pour lui substituer celle de l'idée hypochondriaque qu'il définit « une préoccupation exagérée ou sans fondement relative à la santé physique ».

Cette substitution a eu pour conséquence une confusion regrettable entre deux types différents de malades : le nosophobe d'une part, l'hypocondriaque de l'autre, qui doivent être étudiés séparément, malgré les grandes analogies qu'avec MM. Régis et Brissaud, je reconnais exister entre eux.

L'homme qui sans être malade examine chaque jour attentivement sa langue, ses urines ou ses garde-robes, a certainement une préoccupation exagérée et injustifiée de sa santé, et cependant cet homme n'est pas à proprement parler un hypochondriaque, c'est un nosophobe, un phobique, un simple neurasthénique.

L'hypocondriaque n'a pas seulement la crainte, la peur de la maladie ; il croit, il affirme qu'il est malade et cela parce qu'il se *sent* malade.

Cette sensation ou représentation fausse de maladie qui constitue l'élément fondamental de l'hypocondrie (Grasset) ne peut s'expliquer que par une perturbation des centres corticaux où sont déposées les images des sensations internes ou organiques auxquelles nous devons la notion de notre existence corporelle et qui sont généralement réunies et confondues sous le nom de cénesthésie.

Or, comme ces sensations internes ne proviennent pas uniquement de nos viscères, qu'à côté des sensations viscérales transmises par le pneumo-gastrique ou le sympathique il en existe un grand nombre d'autres ayant pour point de départ les muscles, les articulations, les os, etc., qui parviennent au cortex par les autres nerfs centripètes, M. Roy a eu tort de dire que la cénesthésie est la *conscience du sympathique*. Il faut admettre, avec M. Grasset, que la cénesthésie est la « conscience du moi physique » et qu'elle comprend toutes les sensations endogènes que nous avons de notre corps et de nos organes.en un mot qu'elle est la *conscience du corps*, la *somatopsyche* des auteurs allemands.

La conception de la cénesthésie défendue par M. Roy est donc trop étroite ; elle est en outre incomplète parce que le rapporteur n'a envisagé que la cénesthésie périphérique ou viscérale, en laissant complètement de côté la cénesthésie centrale ou cérébrale, dont l'existence a été démontrée par les expériences de Hitzig, de Munk, de Danilewski, de Fr. Franck, de Betcherew, les recherches anatomiques de Flechsig, les études psycho-physiologiques de P. Bonnier, Wernicke, Sollier, Luciani, Tamburini, etc...

Or c'est avant tout à un trouble, à une perturbation fonctionnelle de cette cénesthésie cérébrale qu'il faut rattacher les états hypochondriaques.

Dans quelques cas, il est vrai, cette perturbation peut succéder, à la longue, à une irritation périphérique incessamment renouvelée, comme celle qui résulte d'une lésion viscérale ; la perception inexacte des sensations provenant de cette irritation est alors l'origine d'*illusions* de la sensibilité organique ou viscérale que les malades expriment en disant qu'ils ont un serpent dans le ventre, qu'une bête leur ronge le cœur, le foie, etc. Mais le plus souvent, la perturbation des centres de la cénesthésie est la conséquence de représentations mentales pénibles évoquées par des impressions sensorielles trop vives, par la mémoire, l'imagination, etc.; ce sont ces représentations qui viennent alors actionner les centres cénesthésiques et provoquer la reviviscence et la projection vers les viscères, sous forme de véritables *hallucinations* organiques, des images mémorielles de nos organes. A leur tour, ces illusions et hallucinations cénesthésiques servent de point d'appel chez les sujets prédisposés aux diverses modalités des délires hypochondriaques.

En résumé, je crois avec M. Cullerre et contrairement à l'opinion défendue par M. Roy, que les lésions des viscères n'interviennent qu'exceptionnellement et à titre accessoire dans le développement des psychoses hypochondriaques et que le seul

facteur pathogénique de ces psychoses est une perturbation ou un ébranlement, d'origine périphérique ou centrale, de la cénesthésie cérébrale, en un mot une psycho-cénesthésiopathie. Il est superflu d'ajouter que cet ébranlement se produit d'autant plus facilement que l'état de réceptivité congénital ou acquis des centres cénesthésiques est plus développé.

En terminant, qu'il me soit permis de relever une petite erreur de séméiologie clinique commise par M. Roy ; d'après lui, le délire des négations de Cotard ne s'observerait que chez des paralytiques généraux ou des déments. Accréditée autrefois par Baillarger, cette opinion est aujourd'hui abandonnée à juste titre.

J'ai eu l'occasion, au cours des dernières années, d'observer un certain nombre de malades atteints du délire de négation d'organes le mieux caractérisé, dont les uns ont guéri, dont les autres, encore aujourd'hui en pleine période délirante, ont subi la ponction lombaire sans que l'examen de leur liquide céphalo-rachidien ait permis d'y constater la moindre lymphocytose.

On n'est donc plus en droit actuellement de considérer le délire des négations, le délire de non-existence des organes, comme l'apanage exclusif des états démentiels.

M. Henry Meige (de Paris) pense que l'incitation peut bien être d'origine tantôt périphérique, tantôt centrale, et qu'ainsi l'opinion de M. Pierre Roy se justifierait aussi bien que celle de M. Deny.

M. Pierre Roy répond aux objections qui ont été faites à son rapport. Il se défend d'avoir voulu donner une importance exagérée aux travaux de Dubois (de Berne) et de Henry Head. Il a simplement voulu schématiser les deux doctrines pathogéniques adverses de l'hypochondrie en donnant à chacune d'elles le représentant qui lui semble le plus excessif. Il est bien certain que ni l'un ni l'autre de ces deux auteurs n'ont rien inventé à proprement parler, mais ils ont proposé des doctrines tout à fait opposées pour expliquer la genèse de certains troubles mentaux et c'est à ce titre seulement qu'ils ont pu être mis en vedette. La question des recherches expérimentales concernant l'hypochondrie a été soulevée par M. Régis. Mais le rapporteur craint que l'exploration électrique interne des viscères rencontre les mêmes obstacles qu'il a signalés dans ses tentatives personnelles pour modifier la sensibilité profonde par l'irritation cutanée de certaines zones ; il semble bien difficile d'apporter quelque rigueur dans la recherche des troubles de la sensibilité chez les aliénés, puisqu'on est toujours contraint de procéder par la voie subjective. L'identité de nature entre la nosophobie neurasthénique et le

délire des négations de Cotard est bien en effet une notion professée depuis plusieurs années par M. Régis : mais la thèse inspirée par cet auteur à l'un de ses élèves n'a vraiment apporté aucun fait nouveau qui méritât d'être signalé. Enfin le rapporteur estime qu'il n'y a pas lieu de maintenir une sorte de dualisme archaïque et spiritualiste entre l'hypochondrie corporelle et l'hypochondrie intellectuelle : le malade inquiet de son esprit, dont parle M. Régis, est en réalité inquiet de son cerveau, et c'est bien là encore une préoccupation morbide concernant la santé *physique*.

M. Cullerre apporte tout le poids de son expérience pour défendre l'antique doctrine cérébrale de l'hypochondrie et M. Deny tente de rajeunir la même doctrine grâce aux nouvelles recherches sur la cénesthésie. Mais c'est précisément à l'encontre de cette opinion trop exclusive que s'élèvent tous les documents accumulés dans le rapport.

Enfin M. Pierre Roy remercie sincèrement M. Brissaud d'avoir aussi curieusement complété le bref chapitre de l'hypochondrie traumatique, à peine esquissé, dans l'annexe de son rapport, avec M. Juquelier.

Communications diverses.

Séance du 2 août. — Présidence de M. Giraud.

Sur un cas de délire métabolique à base hypochondriaque ; par MM. Deny et P. Camus (Sera publié).

Évolution des états hypochondriaques.

MM. Taty et Chaumier (de Lyon) présentent onze observations portant sur des sujets âgés de 16 à 62 ans et suivies jusqu'à la fin de l'évolution. Deux de ces observations sont accompagnées d'autopsie. Il résulte de ces faits qu'il y a lieu, dans tous les cas, de chercher attentivement le substratum morbide physique, souvent méconnu ou difficile à déceler exactement, le pronostic et le traitement dépendant de ce diagnostic exact. Le pronostic est d'ailleurs toujours grave, en raison de la tendance au suicide. L'idée de négation n'est pas une résultante nécessaire ni même directe de l'idée hypochondriaque ; son apparition semble plutôt se rattacher à l'involution sénile ou au développement d'un autre processus dégénératif. Les auteurs ont eu l'occasion d'examiner le cervelet de deux tabétiques ayant présenté des poussées de méningo-encéphalite diffuse, dont l'un avait du délire hypochondriaque, tandis que chez l'autre les idées de satisfaction prédominaient. Les altérations étaient dans le premier cas prédominantes dans les cellules étoilées avec intégrité relative

des cellules de Purkinje ; elles étaient inverses dans le second cas.

Remarques sur les délires du « parasitiférisme », appuyées sur cinq observations inédites.

Dr Leroy (Eugène-Bernard).— Parasitifère « se dit des êtres qui nourrissent des parasites » (Littré) ; on peut donc forger régulièrement le mot parasitiférisme pour désigner le « fait de nourrir des parasites », et ce que j'appelle conviction délirante de parasitiférisme, c'est la conviction délirante d'être habité par un être que le malade considère comme vivant plus ou moins à ses dépens.

La conviction d'être habité par un parasite peut se rencontrer chez les débiles (observation d'une malade qui croyait avoir dans le crâne un cloporte lui rongeant le cerveau) ; elle constitue souvent alors une simple « erreur de diagnostic » faite par le malade cherchant à s'expliquer ainsi les symptômes très réels qu'il ressent.

Elle peut cependant, chez les débiles également, constituer une véritable conviction délirante, et s'accompagner d'hallucinations. Cas d'une malade chez qui on observait en même temps des convictions délirantes de persécution.

Cette même conviction délirante peut compliquer un délire de persécution de forme classique : Cas d'une malade persuadée que ses ennemis lui avaient introduit une souris dans le corps.

Enfin, elle peut constituer le fonds d'un délire systématisé évoluant d'une façon chronique : Cas d'une malade qui croit loger ainsi un « ver poilu » colossal, et cas d'une malade qui se croit enceinte depuis vingt-deux ans ; le fœtus de l'une et le ver de l'autre sont considérés par elles comme des personnages doués de volonté et d'intelligence, et de tels délires rappellent bien plutôt les délires de possession ou même les délires de persécution que les délires hypocondriaques véritables.

Préoccupations hypocondriaques avec hallucinations obsédantes de l'ouïe ou de l'odorat.

Dr Leroy (Eugène-Bernard). — Observation d'une malade actuellement âgée de 41 ans, ayant toujours manifesté une tendance aux préoccupations hypocondriaques, tendance qui se traduisait même par des rêves spéciaux. Actuellement, elle croit exhaler une odeur repoussante et entend sans cesse des voix affirmant qu'elle est atteinte de diverses affections organiques, annonçant sa mort prochaine, commentant les diagnostics des médecins qu'elle a consultés, etc.

Les convictions délirantes hypocondriaques dans la folie de la persécution.

Dr LEROY (Eugène-Bernard). — Les convictions hypocondriaques véritables sont assez peu communes dans la folie chronique de la persécution (type LASÈGUE-FALRET) : le malade, loin de se croire atteint d'une déchéance physique ou intellectuelle quelconque, évolue presque toujours progressivement vers les convictions délirantes de grandeur qui sembleraient bien être ce que l'on peut imaginer de plus opposé à l'hypocondrie ; mais il n'y a pas là de règle absolue ; sur les quatre observations personnelles et inédites que j'ai choisies parce qu'elles me paraissent particulièrement nettes, trois se rapportent à des persécutés avec hallucinations de l'ouïe, la quatrième à une malade qui me paraît ne rentrer exactement dans aucun des cadres classiques, quoiqu'elle se rapproche beaucoup, par certains côtés, des persécutés raisonnants.

Au point de vue des relations entre les convictions délirantes hypocondriaques et les convictions délirantes de persécution, ces quatre observations peuvent être réparties dans trois catégories distinctes, selon que :

A). L'idée d'un trouble de la santé et l'idée de persécution évoluent parallèlement sans que l'on puisse affirmer qu'elles réagissent notablement l'une sur l'autre ;

B). Le trouble imaginaire de la santé est considéré par le sujet comme résultant des persécutions qu'il a subies ;

C). Le trouble de la santé est considéré par le sujet comme le prélude obligé de la persécution : ses ennemis n'auraient aucun pouvoir sur lui si l'on n'avait pas commencé par le rendre malade.

Le Tic hystérique.

MM. PITRES et CRUCHET. — On a décrit sous le terme général de *tic hystérique* des phénomènes fort disparates : 1° Certains spasmes, essentiellement *rythmiques*, qui ont une allure tout à fait particulière ; 2° Des tics survenus dans le cours de l'hystérie, mais qui, si on les étudie de près, offrent tous les caractères des tics vrais : il s'agit en réalité de tics qui se sont surajoutés à l'hystérie préexistante avec laquelle ils vivent en association ; on ne saurait donc les considérer comme une manifestation d'ordre véritablement hystérique ; 3° Reste un troisième groupe de faits qui comprend les tics hystériques proprement dits. Ici, il s'agit bien d'une modalité clinique particulière de l'hystérie elle-même, il s'agit d'un véritable accident hystérique.

En nous basant sur un certain nombre de faits personnels, anciens et récents, nous croyons que cette dernière forme, à laquelle il faut réserver le nom de *tic hystérique*, existe indubitablement. Les deux exemples que nous avons choisis pour les rapporter au Congrès sont particulièrement démonstratifs.

Dans le premier cas, chez une hystérique de 30 ans, on voit, à la suite d'une vive émotion, des tics de la face et de l'épaule remplacer une série d'accidents hystériques antérieurs, caractérisés par des crises convulsives. Ces crises disparaissent complètement tant que durent les tics qui persistent, avec des rémissions et exacerbations, pendant près de huit mois. Au bout de ce temps, la malade est mise en état d'hypnose, et on constate aussitôt l'atténuation considérable des tics, cette atténuation se maintient dès le réveil du sujet : quinze minutes plus tard, les tics ont presque entièrement disparu. Deuxième hypnose quelques jours plus tard ; et depuis, disparition des tics pendant quatre mois : ils ont reparu alors à la suite d'un nouveau choc moral, mais pour diminuer et disparaître encore après une nouvelle hypnose.

Dans le deuxième cas, il s'agit d'une jeune hystérique de 14 ans 1/2, qui, pendant un mois, toutes les après-midi, aux mêmes heures, présente une série de secousses convulsives dans les bras, les épaules, le visage, avec du hoquet ; au bout d'un mois, le hoquet s'atténue, puis disparaît et les secousses convulsives se transforment en un tic caractérisé par un mouvement brusque de rotation de la tête à droite avec un clignement des yeux, froncement du nez et haussement des épaules, surtout à droite. Ce tic a duré 5 mois, et a presque totalement disparu dans le sixième mois. — Ici, l'hypnose, pas plus que la suggestion à l'état de la veille n'ont eu d'influence évidente : mais la pression de certains points du corps (en particulier la région lombaire droite) augmentait nettement le tic, ou le faisait naître quand il n'existait pas. De plus, ce fait que le tic, rarissime le matin, augmente progressivement dans l'après-midi, au point qu'on ne peut plus le compter — et cela quotidiennement pendant 5 mois — est encore en faveur d'une origine hystérique vraie.

Hémispasme facial périphérique post-paralytique.

M. le Dr Cruchet. — Dans le spasme facial périphérique en général, trois cas peuvent se présenter : 1° Le spasme est *primitif* d'emblée, sans paralysie consécutive ; 2° Le spasme est *pré-paralytique* ; 3° Le spasme est *post-paralytique*. L'observation d'hémispasme facial gauche que nous rapportons

constitue un cas de ce dernier genre. Les caractères principaux sont :

A. — Au point de vue *clinique* : *a*) l'unilatéralité ; *b*) l'association, dans cet hémispasme, d'un état spasmodique à la fois *tonique* et *clonique* ; *c*) la dissociation du spasme tonique *total* en spasmes *partiels*, susceptibles d'exister isolément ; *d*) dans ces spasmes partiels, le palpébro-labial par exemple, la contraction *volontaire*, c'est-à-dire la fermeture voulue de la paupière entraîne immédiatement la contraction *involontaire* de la commissure labiale, qui s'élève malgré la volonté du sujet ; et réciproquement, la contraction *volontaire*, c'est-à-dire l'élévation de la commissure labiale, entraîne la demi-fermeture de l'œil du même côté, contraction absolument *involontaire*, et qui n'existe nullement du côté opposé, recherchés dans des conditions identiques ; *e*) sur le fond tonique, ou même en dehors de lui, apparaissent des secousses *cloniques*, généralement uniques, peu fréquentes (10 à 30 fois par jour), brèves et brusques, comme superficielles, qui passent comme l'éclair, et sont manifestement en dehors de l'influence de la volonté.

B. — Au point de vue du *diagnostic*, existait une certaine difficulté, par suite d'un clignement rapide de l'œil droit et de secousses de latéralité de la tête qui se produisaient à divers moments. On pouvait ainsi : *a*) voir à gauche un tic où il existait un spasme ; *b*) voir à droite un tic où il n'y en avait pas.

C. — Au point de vue *étiologique*, on peut croire qu'il s'agit de spasme *précurseur* de la contracture ; mais il se peut que ce spasme persiste ainsi indéfiniment, ou disparaisse au bout d'un certain temps, sans avoir recours à la contracture.

D. — Au point de vue *pathogénique*, on est mal renseigné sur ces faits. En particulier, il paraît paradoxal que les réactions électriques soient, comme c'est le cas ici, conservées absolument normales.

Valeur séméiologique des troubles pupillaires dans les affections cérébro-spinales.

Dr Jocqs (de Paris).— Les troubles pupillaires s'observent le plus souvent dans le tabes, la paralysie générale et les lésions cérébrales syphilitiques. Dans le tabes on observe : le signe d'Argyll Robertson, le myosis et l'inégalité pupillaire. L'inégalité pupillaire n'appartient pas en propre au tabes : elle correspond le plus souvent à une ophtalmoplégie interne de l'un ou de l'autre œil, laquelle dépend toujours de la syphilis.

L'irrégularité pupillaire ne constitue pas un signe de tabes C'est un état normal n'apparaissant pas lorsque la pupille a ses mouvements et ses dimensions normaux, se manifestant au contraire lorsque la pupille est paresseuse et immobilisée pathologiquement. La syphilis seule ne donne pas lieu au phénomène d'Argyll-Robertson. Ce signe indique toujours le tabes et une autre lésion médullaire.

Si on l'observe souvent chez des syphilitiques, c'est que beaucoup de syphilitiques deviennent tabétiques. Mais tous les tabétiques ne sont pas syphilitiques. Les troubles pupillaires sont ceux qui sont constitués par l'ophtalmoplégie interne partielle ou totale (paralysie du muscle constricteur de la pupille, ou du muscle accommodateur, ou des deux à la fois.) Les lésions causales de ces troubles pupillaires dans la syphilis sont rarement d'origine nucléaire, mais le plus souvent d'origine basale. Ils n'ont rien à voir avec le tabes.

Les troubles de la paralysie générale se rapprochent beaucoup de ceux de la syphilis. L'inégalité pupillaire correspond toujours à un trouble dans la motricité de l'iris. Le signe d'Argyll-Robertson n'y est jamais pur comme dans le tabes.

Ce qui apparaît d'abord dans la P. G., c'est la parésie, allant jusqu'à la paralysie complète du muscle constricteur. Puis la parésie, jusqu'à la paralysie complète du muscle accommodateur. En somme, c'est l'ophtalmoplégie interne progressive. L'inégalité pupillaire tient uniquement à la différence de marche de l'ophtalmoplégie dans les deux yeux.

Il existe une variété d'inégalité pupillaire dite « à bascule » qui est absolument physiologique ou, en tout cas, ne constitue qu'une anomalie congénitale complètement indépendante de tout état pathologique.

Prévention des maladies nerveuses ou mentales dans l'armée.

Dr Granjux.— Le nombre des réformes prononcées chaque année pour maladies nerveuses ou mentales montre l'insuffisance des mesures prises en vue d'empêcher ces maladies de s'introduire dans l'armée. C'est ainsi que, annuellement, on réforme pour l'aliénation mentale 0,40 % d'effectif, et le reste à l'avenant. Ces malades proviennent soit des *appelés*, soit des *bons-absents*, soit des *engagés*.

Le fonctionnement actuel des conseils de revision est insuffisant pour permettre un diagnostic exact des nerveux ou des aliénés. Il est indispensable que les conscrits ayant argué, lors de l'établissement des tableaux de recensement, d'affections soit nerveuses, soit mentales, soient, avant les opérations du

conseil de revision, l'objet d'un examen de la part d'un expert. Il est indispensable que les « bons-absents », en majeure partie composés d'individus à humeur *vagabonde*, soient, lors de leur incorporation, signalés au médecin du corps et s'ils sont reconnus atteints de maladies nerveuses ou mentales, réformés dans les mêmes conditions que les autres soldats, au lieu d'être conservés tant qu'ils sont utilisables.

L'engagement étant la grande porte d'entrée des déséquilibrés dans l'armée, il est urgent d'exiger de tout individu qui veut s'engager un certificat médical constatant qu'il est sain de corps et d'esprit.

Les réformes pour aliénation mentale étant, par rapport à ce qui se passe dans les régiments, deux fois plus nombreuses dans les bataillons d'Afrique, quatre fois plus dans les prisons, et huit fois plus dans les compagnies de discipline, il convient d'établir, au seuil de ces corps d'épreuve, un filtre au moyen de l'examen médico-légal obligatoire de tout militaire en *prévention* de conseil de guerre ou de discipline.

L'enseignement de la psychiatrie commencé à l'Ecole de Lyon, tant à l'hôpital Desgenettes qu'à l'asile de Brou, continué à l'hôpital du Val-de-Grace devrait être complété pour les jeunes médecins militaires par l'assistance à l'enseignement psychiatrique organisé pae l'Université de Paris, et une sorte de stage à la Maison de Charenton dans le service des aliénés militaires.

A la suite de cette communication, dit M. Granjux dans le *Bulletin médical*, s'est engagée une discussion qui a roulé sur des points de détail, car, ainsi que l'a fait remarquer M. le professeur Brissaud, l'accord existait sur le fond.

La discussion a porté sur le 3e vœu relatif aux engagés volontaires. M. Christian a pensé que l'on ne trouverait pas de médecins voulant donner un certificat relatif à l'état mental de leurs clients. Cette opinion a été combattue par M. le prof. Brissaud et le Congrès l'a suivi.

L'expression « sain d'esprit » semble devoir être remplacée par ces mots : « ne présente pas de troubles nerveux caractérisés ». Cette modification a été faite en vue de faciliter l'établissement du certificat médical, et de faire disparaître ce qui pourrait faire hésiter le médecin.

Sur la proposition de M. Régis, on a exigé, pour l'acceptation de l'engagé volontaire, en dehors de l'apport d'un certificat du médecin de la famille, l'examen psychique de l'engagé fait par le médecin militaire du bureau de recrutement.

Enfin, M. Christian, ancien médecin de la maison nationale de Charenton, a fait remarquer que les aliénés militaires y devenaient de moins en moins nombreux et que ce n'était

pas là un hôpital dont les malades pourraient être utilisés pour l'enseignement. Dans ces conditions, la partie du 5e vœu relative à l'enseignement donné à Charenton aux jeunes médecins militaires a été retirée.

Séance du 2 août (soir).

Le syndrome de la névrite ascendante.

R. SICARD (rapporteur). — Le rapport que j'ai à vous présenter était intitulé : « des névrites ascendantes ». Je me suis permis d'en modifier le titre et de distraire du groupe confus des névrites ascendantes un syndrome à allures particulières, à réactions anatomo-physiologiques également spéciales, *le syndrome de la névrite ascendante post-traumatique*. C'est la névrite ascendante qui survit au traumatisme qui est consécutive à une toxi-infection localisée, qui affecte une topographie régionale : *névrite ascendante régionale post traumatique*

Limites du sujet.

Cette conception d'une névrite ascendante réduite à ses très justes limites n'a pas toujours eu gain de cause. Il suffit de parcourir les mémoires de la fin du XVIIIe siècle, et du commencement du XIXe pour voir que la névrite ascendante, dans une généralisation hâtive, était alors à la base de presque toutes les paralysies du mouvement et de la sensibilité : paralysies utérines, urinaires, vésicales, rénales, prostatiques, etc., reconnaissaient toutes pour cause une inflammation, une irritation qui, parties de la périphérie, se propageaient le long des troncs nerveux, pour gagner la moelle.

Une réaction contre ces théories tout hypothétiques ne pouvait pas tarder à se produire. Un démembrement se fit au profit des myélites de cause infectieuse (le microbe étant véhiculé par voie sanguine) ; au profit des polynévrites, au profit de la *paralysie* ascendante et rayonnante de Landry (il s'agit ici non de névrite ascendante au sens exact du mot, mais de cellulo-névrite, de neuronite motrice antérieure), au profit encore des réactions cellulaires à distance au cours des sections nerveuses et des amputations.

J'estime qu'il est nécessaire également de différencier le syndrome de névrite ascendante vraie d'un autre groupe de faits qu'il est bien tentant, au premier abord, d'identifier dans le même cadre nosologique. Je fais allusion à ces toxi-infections ascendantes (toxine tétanique, virus rabique) qui à la suite d'un traumatisme, d'une plaie, sont véhiculées le long des troncs périphériques (voir expérimentation), jus-

qu'aux centres nerveux. Il n'est pas douteux cependant que les réactions histologiques et les symptômes cliniques ne soient, dans ces cas, d'ordre bien différent. Au cours du tétanos, durant la période d'incubation, l'ascension nerveuse périphérique de la tétanine se fait sournoisement, insidieusement, sans réaction sensitive ni motrice ; et en cas de guérison confirmée, chacun sait que les nerfs tributaires de la région traumatisée, ceux qui précisément ont véhiculé les plus grandes doses de poison, restent indemnes de toute manifestation douloureuse, parétique ou trophique.

Il en est de même pour la rage. On n'a reconnu d'une manière très positive (voir expérimentation) que le virus rabique, localisé primitivement au siège de la morsure, gagnait les centres nerveux en cheminant le long des nerfs périphériques ; et pourtant, durant cette incubation, parfois si longue, aucun symptôme morbide ne paraît révéler cette imprégnation lente, continue, ascensionnelle, du nerf par le virus rabique. La plaie de morsure est fermée depuis longtemps, et le membre atteint n'est, ou ne sera qu'exceptionnellement, pendant toute l'évolution rabique, le siège de phénomènes sensitifs ou moteurs. Peut-être même, dans les rares observations où quelques troubles nerveux localisés et rayonnants au loin de la plaie contaminée, ont été signalés, s'agissait-il de névrite ascendante vraie, indépendante de l'action du virus rabique, mais due à d'autres microbes d'association.

Pour l'ensemble de ces raisons, je pense qu'il faut éviter d'appliquer *à ces processus spécifiques* le terme univoque de névrite ascendante. Il s'agit là d'affinités spéciales pour le tissu nerveux lui-même, de vraies *ascensions nerveuses*, ou mieux, *de conductibilités nerveuses spécifiques* :

a) *Nervo-conductibilité toxique* (toxine tétanique et peut-être diphtérique).

b) *Nervo-conductibilité microbienne* (virus rabique).

La clinique, l'expérimentation, l'anatomie pathologique, légitiment ces scissions.

Ainsi dégagé, *le syndrome de névrite ascendante régionale*, dont le prototype nous est donné par la névrite ascendante régionale post-traumatique des membres supérieurs, pourra être plus méthodiquement et scientifiquement étudié.

Etiologie. — Les traumatismes *ouverts* sont à l'origine des névrites ascendantes. Les plaies nerveuses par section incomplète, par attrition, lacération, inclusion de fragments étrangers, favorisent le processus ascendant, qui, somme toute, est cependant rare. L'ensemble des statistiques *des*

plaies nerveuses ne nous a donné qu'un total de 4,5 °/₀ de névrites ascendantes.

Symptomatologie.— On peut reconnaître à ce syndrome une première étape principale et obligatoire, *l'étape de réaction périphérique à ascension limitée* ; une deuxième étape exceptionnelle, l'étape de réaction à *distance et de diffusion ganglionnaire.* Peut-être, y aura-t-il lieu, après des observations plus précises, à une troisième *phase ultime radiculo-médullaire.*

La *première étape* est caractérisée par l'ensemble des symptômes locaux, symptômes d'irradiation gravitant autour de la plaie,à topographie ascensionnelle limitée. Les signes de *douleur* ne font jamais défaut. Ils occupent le premier plan de la série morbide. Toujours perçues, mais parfois supportable,la douleur, se réveille, par instants, sous forme de crises paroxystiques d'une intensité extrême. Elle peut s'accompagner de modifications de la sensibilité objective,de la motilité,de la réflectivité, et de la trophicité des régions atteintes.

La *deuxième étape* paraît caractérisée par le rayonnement et la diffusion des douleurs,et par l'adjonction des symptômes moteurs,de spasmes,de tremblements. Le branle-bas peut être général, s'étendre, par exemple, au cas de névrite ascendante du membre supérieur, à tous les nerfs du plexus brachial et même à ceux du plexus cervical du même côté.

La *troisième étape* (étape radiculo-médullaire) n'est confirmée par aucun fait clinique ou anatomo-pathologique. Certains faits de syringomélie dorso-cervicale, consécutifs à des plaies infectées des mains, ne sont pas démonstratifs à cet égard.

Formes. — On peut distinguer les processus ascendants initiaux rapprochés des centres nerveux (*névrites ascendantes proximo-centrales*,névrite du trijumeau) et les processus ascendants initiaux distants des centres (névrites ascendantes disto-centrales,membre supérieur).

Le type de névrite ascendante sera d'autant plus sévère ; susceptible d'entraîner des lésions graves,que le point de départ sera plus haut placé, plus rapproché des ganglions rachidiens,des centres nerveux.

Evolution. Pronostic.—Le processus ascensionnel débute environ de quelques jours à deux ou trois semaines après le trauma.L'évolution est loin d'être fatalement progressive. En règle générale, après quelques mois,les symptômes d'envahissement se limitent à la première période ; et la régres-

sion, et la guérison partielle ou totale, peuvent se produire.

La névrite ascendante étant une complication des plaies traumatiques, les experts doivent compter avec elle, dans leurs *rapports médico-légaux sur les accidents du travail*.

Diagnostic. — Le diagnostic ne devra être fait qu'à bon escient. Il ne faut pas se hâter de le porter quand, après un traumatisme, surviennent pendant quelques jours des douleurs irradiées. Il faut encore savoir différencier le syndrome névritique du syndrome névralgique.

Cependant, entre une névralgie ascendante sollicitée par une *cause organique réelle*, et une névrite ascendante, il n'y a qu'une question de degrés. Les signes de la névrite se révèlent par la douleur, les troubles trophiques, moteurs, sensitifs, objectifs, par la raréfaction du tissu osseux constatable par la radiographie, et surtout par la *palpation des troncs nerveux* souvent *hypertrophiés*.

Le diagnostic de *traumato-névrose ascendante* s'impose parfois, à première vue par l'attitude du malade, les façons de mouvoir ou d'immobiliser le membre atteint, les variations topographiques des troubles de la sensibilité objective, et surtout par l'absence des signes positifs de névrite, signalés plus haut.

Anatomie pathologique. — La réaction *interstitielle* du nerf périphérique est la caractéristique histologique de la névrite ascendante. A la *phase aiguë* de localisation névritique, on observe de la diapédèse hématique et leucocytaire péri et endo-névritique avec destruction plus ou moins accusée des tubes nerveux ; la *phase chronique* s'accuse par la prolifération du tissu conjonctif, l'hypertrophie des branches et des troncs nerveux, et la destruction secondaire des tubes nerveux.

L'anatomie pathologique des réactions centrales à distance, ou de propagations ganglionnaires, radiculaires, médullaires, reste tout entière à préciser.

Pathogénie. — Un fait est acquis, le microbe ne remonte ni bien haut, ni bien loin à l'intérieur du tronc nerveux. Il est appelé du reste à disparaître, après extinction du foyer et cicatrisation de la plaie, alors que le processus ascendant continue pourtant sa marche. Deux théories peuvent, à mon avis, expliquer la marche ultérieure du processus ; celle de la réaction *toxique* ascensionnelle des éléments *intra-nerveux* (tissu conjonctif, vaisseaux, faisceaux nerveux) et celle de la réaction inflammatoire également ascensionnelle du tissu cellulaire para-nerveux (tissu cellulaire ambiant, entourant le tissu nerveux).

La théorie pathogénique de la deuxième étape ganglionnaire est plus difficile à interpréter. On peut cependant penser à une modification des cellules ganglionnaires à la suite de la stimulation périphérique constante.

Traitement. — Le traitement de la névrite ascendante *déclarée* est plus d'ordre médical et chirurgical.

Quand, après extinction du foyer primitif et cicatrisation de la plaie, les douleurs persistent ou se révèlent avec une intensité progressive, *une opération sanglante ne sera autorisée* qu'au cas de cal hypertrophique, d'hyperostose, de chéloïde volumineuse, de névromes terminaux facilement appréciables au palper. Mais, en dehors de ces indications chirurgicales nettement déterminées, le traitement doit rester médical. Toute autre intervention *serait suivie, à peu près fatalement, ou d'échec complet, ou de récidive douloureuse à brève échéance*, sans parler des délabrements définitifs et des troubles trophiques permanents, consécutifs à ces opérations. La liste lamentable de ces malheureux névritiques obsédés de cure chirurgicale témoigne de ces interventions les plus variées : élongation nerveuse, névrotomie (section simple), névrectomie (résection), amputations successives des segments du membre et même résection des racines postérieures (cas de Abbe, de Benett, de Horsley, de Chipault, Lucas-Championnière).

Le traitement *local* commandera : le repos du membre, au besoin dans une gouttière ; parfois la compression brusque et forcée des extrémités nerveuses *toutes périphériques*, et surtout l'électrothérapie galvaniques et les injections *loco dolenti* de stovaïne ou de cocaïne.

Dans le *traitement général*, c'est l'élément douleur qu'il faut combattre encore par les analgésiques connus (aspirine, pyramidon, acétanilide). L'insomnie sera amendée par le véronal, le sulfonal, le trional. Enfin, il est important de relever *le moral* de tels malades rapidement angoissés et phobiques à la suite des souffrances qu'ils endurent.

Discussion.

M. Léri (de Paris). — Je ne crois pas que le syndrome anatomo-clinique décrit par M. Sicard corresponde à la généralité des faits désignés sous le nom de névrite ascendante. Je m'appuie surtout, pour émettre cette opinion, sur l'examen des moelles de 12 amputés du service de M. P. Marie, morts un temps variable après l'opération.

Dans presque tous ces cas, il existait des lésions des cordons postérieurs, les unes homolatérales, les autres hétérolatérales par rapport à l'amputation.

Les examens à l'œil nu ou à un faible grossissement des coupes de moelles que nous avons faites, M. P. Marie et moi, nous ont permis de constater l'extrême variabilité de ces lésions des cordons postérieurs, aussi bien du côté correspondant à l'amputation que du côté opposé. Cette variabilité ne nous paraît guère conciliable avec l'idée d'une simple lésion d'origine ganglionnaire, soutenue par M. Marinesco pour les faits de ce genre : le trajet des fibres parties d'un membre étant identique dans tous les cas, les ganglions altérés et les fibres médullaires consécutivement dégénérées devraient être les mêmes, dans les diverses amputations d'une région déterminée, de la cuisse par exemple.

Nous avons pu nous assurer, d'autre part, que ces différences lésionnelles ne sauraient être attribuées ni à l'ancienneté de l'amputation, ni à l'infection du membre amputé, avant, ou après l'intervention.

Nous avons alors voulu savoir si l'examen à un fort grossissement nous donnerait la clef de ces inégalités de lésions et voici ce que nous avons constaté :

En premier lieu, dans certains cas, nous avons trouvé de ces boules de dégénérescence, encore inconnues dans leur nature, que l'on observe dans beaucoup de lésions médullaires ou cérébrales et, en particulier, dans les lésions très anciennes ; or, ces boules siégeaient non seulement au niveau de la lésion des cordons postérieurs, du côté amputé et du côté opposé, mais aussi dans toute la méninge et au niveau de l'entrée des racines lombaires, même du côté non amputé, c'est-à-dire à un niveau où une décussation des fibres radiculaires postérieures n'était pas encore possible ; ces lésions faisaient défaut dans les racines mêmes.

En second lieu, nous avons noté dans 2 cas, en plus des altérations des cordons postérieurs, des lésions de méningite syphilitique. Or, la distribution des premières, due sans doute, au moins en partie, aux secondes, était tout à fait semblable à ce qu'elle aurait été à la suite de la même amputation sans syphilis.

Ces 2 faits nous ont mis en éveil et nous ont engagés à examiner attentivement les méninges sur les coupes des moelles de nos autres amputés, et, chez plusieurs d'entre eux, nous avons trouvé des reliquats d'inflammation méningée sous forme soit d'amas lymphocytaires, soit d'épaississements scléreux.

Ces constatations nous paraissent intéressantes en ce que la méningite explique parfaitement, et seule explique bien, à notre avis, les lésions à fa fois homo et hétérolatérales, si dissemblables suivant les cas, que nous avons rencontrées dans

les cordons postérieurs ; elle rend compte aussi de la distribution anormale, en apparence paradoxale, de certaines de ces boules de dégénérescence que nous avons signalées.

Nous croyons donc — bien que ces faits demandent à être vérifiés — qu'à la suite des amputations, on peut observer assez souvent une méningite légère et que cette méningite tient vraisemblablement sous sa dépendance les lésions des cordons postérieurs. Cette méningite est due, sans doute, à une névrite ascendante partie du lieu de l'amputation, le mot névrite étant pris dans son sens le plus large, qu'il s'agisse de névrite vraie, parenchymateuse ou interstitielle, ou d'épi, de péri ou de paranévrite.

Sous le bénéfice de ces réserves, je dois ajouter que les observations cliniques des malades chez lesquels ont eu lieu les constatations histologiques précédentes ne nous ont jamais révélé le syndrome douloureux particulier de la névrite ascendante qui, d'après M. Sicard, marquerait l'étape périphérique de l'affection : ce syndrome ne nous paraît donc pas obligatoire.

Peut-être y aurait-il lieu de rechercher, à l'avenir, dans la ponction lombaire faite précocement un signe caractéristique de la phase radiculo-médullaire de la maladie.

M. Brissaud. — Je suis convaincu que MM. Sicard et Léri mettront d'accord la clinique et l'anatomo-pathologie, car il faut qu'en sortant d'ici nous nous entendions sur ce que nous appelons névrite ascendante. C'est, en somme, le syndrome décrit par Werri-Michel.

Un deuxième point important, c'est la considération de la névrite ascendante au point de vue de la loi de 1898 sur les accidents du travail. Voilà une maladie qui aboutit généralement, soit au suicide, soit au morphinisme le plus déplorable. Dans ces conditions, en présence d'une névrite ascendante confirmée, nous avons peut-être, en dehors de l'incapacité absolue et permanente, une autre conclusion à déposer.

M. Léri. — Nous reconnaissons très volontiers qu'il n'y a guère, entre M. Sicard et nous, qu'une divergence de mots. Il serait fort utile de définir pour l'avenir la névrite ascendante et de savoir si l'on doit entendre par ces mots un syndrome clinique très bien défini par M. Sicard et auquel il a fort justement ajouté le mot « régional » ou un processus anatomo-pathologique. Les différents auteurs qui se sont occupés des lésions de la moelle des amputés ont jusqu'ici employé le terme « névrite ascendante » dans son sens anatomique; c'est dans ce sens aussi que nous en avons fait usage.

M. Sicard. — Nous constatons, en effet, qu'il y a entre M. Léri et nous surtout une différence de mots. Les lésions si in-

téressantes de la méninge signalées par M. Léri sont-elles, en réalité, consécutives à une névrite ascendante ? M. Léri a réservé la question de l'étape intermédiaire entre la lésion périphérique et la lésion médullaire ; il nous paraît logique de supposer que les lésions méningées peuvent être soit contingentes, soit secondaires à la lésion même des cordons postérieurs par suite peut-être d'altérations circulatoires ou mécaniques.

JEUDI 3 AOUT

Excursion à Dinan (visite de l'Asile et de la Ville, retour en bateau sur la Rance jusqu'à Saint-Malo), départ le matin en train spécial par La Brohinière; arrivée vers 9 *heures* à Dinan. Visite de l'Asile, retour à Dinan où l'on déjeunera en corps, excursion dans la ville et départ à 5 *heures* 1/2. Arrivée vers 8 *heures* à Saint-Malo ; rendez-vous à la gare pour le retour à Rennes à 9 *heures* 30. Arrivée à *11 heures* 48 *soir*.

Séance du 4 août. — PRÉSIDENCE DE M. GIRAUD.

Recherches sur le temps perdu du réflexe rotulien.

M. le Dr CASTEX (de Rennes).—J'ai commencé, avec la collaboration du docteur Ch. Lefeuvre, des recherches sur le réflexe rotulien, au point de vue : 1° relation entre le temps perdu et l'intensité de l'excitation ; 2° relation entre la force de la contraction et l'intensité de l'excitation. C'est sur la première question seulement que portera notre communication.

Technique. — Le sujet assis sur une chaise repose les pieds sur le sol, de telle sorte que chaque jambe soit fléchie à 90° sur la cuisse. La contraction des quadriceps est enregistrée avec un myographe ; après de nombreux essais d'appareils, connus ou inédits, nous avons adopté une sorte de pince myographique, qui, tout en étant très sensible, n'est pas influencée par le déplacement en totalité plus ou moins marqué que subit le membre au moment du choc. Le myographe est relié à un tambour très sensible inscrivant sur un cylindre de Marey mis à la grande vitesse ; comme pour les fortes secousses, la partie supérieure de la secousse ne s'inscrit pas, dans certaines expériences, nous l'avons relié en même temps à un tambour peu sensible permettant alors de comparer les intensités de la contraction.

Comme percuteur, nous nous servons de mon réflexomètre, avec contact électrique, donnant, par le signal de Desprez, l'instant précis du choc et même sa durée.

Résultats. — Nos mesures portent, jusqu'à présent, sur des

déments précoces qui, par leur exagération des réflexes et leur impassibilité, sont d'excellents sujets. Nous avons aussi, pour récolter des documents, mesuré un syringomyélique et un jeune homme atteint de paralysie spastique avec exagération des réflexes tendineux et amyotrophie du membre inférieur gauche.

Nous avons, dans tous les cas, observé que le temps perdu du réflexe rotulien varie presque du *simple* au *double* en sens inverse de l'intensité d'excitation, cette intensité dépendant elle-même de deux facteurs, d abord de la force du choc de de percussion, ensuite du tonus musculaire.

Il en résulte que sur un sujet qui présente un parfait relâchement du quadriceps, un tonus constant,la force de secousses augmente régulièrement avec l'intensité du choc; le temps perdu diminue, depuis le seuil jusqu'à la contraction la plus intense ; au contraire, chez un sujet qui présente des variations de tonicité (par exemple l'attention se portant sur son membre examiné), un même choc détermine des secousses de force variable ; mais alors le temps perdu varie en sens inverse de l'intensité des secousses.

Chez les déments précoces examinés, le temps perdu pour le seuil a été en moyenne de 0',07.

Un cas de paralysie spinale aiguë de l'adulte à forme monoplégique.

Dr Castex (de Rennes). — La paralysie spinale aiguë de l'adulte à forme monoplégique est rare ; la statistique de Müller (1880) en indique 3 cas sur un total de 46, soit une proportion d'environ 6 %. Voici l'observation d'un semblable cas.

Homme, bonne santé habituelle ; rien d'important à signaler dans ses antécédents personnels et dans sa famille. En septembre 1903, un lundi, il se sent avoir froid. Le mardi, prodromes peu intenses : courbature, inappétence. Le mercredi il se réveille avec le membre inférieur gauche entièrement paralysé ; le membre inférieur droit n'a aucune diminution de force. Dès la fin de la semaine, le malade marche avec des béquilles. Toutes les sensibilités sont conservées ; presque aucun phénomène douloureux (un peu d'engourdissement) ; pas de troubles sphinctériens.

Lorsque je vois pour la première fois le malade, quelques mois après, je trouve : paralysie flasque du membre atteint, avec motilité entièrement abolie pour certains groupes musculaires, et extrêmement faible pour d'autres ; atrophie musculaire très marquée. Réflexes tendineux abolis. Réaction de dégénérescence complète de tous les groupes musculaires atrophiés. Toutes les sensibilités sont intactes. Ce qu'il y a

particulier chez lui, outre la rareté de la forme de la paralysie, c'est qu'aucun muscle n'a été épargné ou tout au moins peu atteint.

Le réflexe patellaire est indépendant de la surface du percuteur.

M. Dr Castex (de Rennes). — Des considérations pratiques et théoriques m'ont engagé à chercher s'il existait une relation entre la surface du percuteur et l'intensité du réflexe rotulien. La méthode de recherche a été très simple : sur une série de sujets, j'ai cherché le seuil du réflexe avec mon réflexomètre, en faisant varier la surface de percussion de 0 c. m. q. 1 à 1 c. m. q. Le seuil a toujours gardé exactement la même valeur, dans tous les cas. Je conclus donc que la surface du percuteur n'a pas d'influence sur l'intensité du réflexe rotulien, du moins lorsque cette surface est assez petite pour ne frapper que le tendon.

Ce résultat indique qu'en pratique il n'y a pas lieu de se préoccuper de la surface d'un percuteur.

Il présente aussi un intérêt théorique. On a abandonné la théorie de l'excitation *directe* par le choc des organes sensibles des tendons, et on admet généralement que c'est l'allongement brusque du muscle, provoqué par *le déplacement* du tendon, qui excite les filets sensitifs musculaires. Le résultat que j'ai obtenu concorde parfaitement avec cette dernière théorie : puisque le choc n'agit qu'en déplaçant le tendon, il importe peu que le percuteur porte sur toute la largueur du tendon ou sur une portion seulement.

Mais il n'est pas un argument contre la théorie ancienne, parce que nous ne connaissons pas au juste la répartition des organes sensitifs dans les tendons, et surtout que nous ignorons les lois de leur excitation.

Pathogénie de l'othématome.

M. le Dr Darcanne (de Fougères). — Lorsque plusieurs aliénistes de l'école italienne vinrent affirmer l'origine microbienne de l'othématome, nous entreprîmes, sous l'inspiration du docteur Séglas, notre maître, d'examiner le sang d'othématome récemment produit. Avec toutes les précautions aseptiques ordinaires, nous prélevâmes du sang d'othématomes chez des paralytiques généraux (cinq cas) et nous ensemençâmes sur bouillon, sur gélatine, sur agar-agar. En *aucun cas il ne fut obtenu* de culture. Et cependant, dans trois cas, l'othématome s'était produit depuis moins de 24 heures. Nous conclûmes que l'othématome n'était pas d'origine microbienne.

Depuis ce temps, et pendant les années 1903, 1904 (Hospice

de Bicêtre) ; 1905 (Hospice de Bégard), nous examinâmes avec soin la production et la fréquence des othématomes chez les paralytiques généraux et chez d'autres aliénés.

Nous arrivâmes à cette conclusion que l'othématome était, dans la plupart des cas, d'origine traumatique pour les raisons suivantes : les othématomes, si fréquents dans les asiles d'aliénés hommes, sont beaucoup plus rares dans les asiles d'aliénés femmes. Cela tiendrait, pour nous, à ce que les infirmiers sont brutaux, tandis que les infirmières frappent rarement les malades.

Nous avons pu observer, dans un hospice de fous, que les othématomes cessaient d'apparaître, dans une salle où ils étaient toujours très fréquents, quand l'infirmier était changé de salle ; ils réapparaissaient avec la rentrée dudit infirmier. L'infirmier qui faisait le remplacement était d'humeur très douce, jamais on n'observa d'othématome pendant son service.

A l'asile de Bégard (Côtes-du-Nord), que dirige le docteur Le Cuziat, les folles sont surveillées par des religieuses, nous n'avons pas rencontré d'othématomes chez les malades de cet asile ; nous avons interrogé notre confrère le docteur Le Cuziat, il nous a dit n'en avoir jamais observé. Il a ajouté que cette lésion lui semblait aussi d'origine traumatique et que, d'ailleurs, dans la médecine maritime, les brimeurs menacent souvent les mousses d'une lésion en tout semblable à l'othématome. Ils appellent cela : décoller l'oreille.

En résumé, l'othématome de la P. G. est d'origine traumatique, dans la plupart des cas. Il va sans dire que les lésions des nerfs des vaisseaux favorisent singulièrement l'apparition du symptôme chez les paralytiques généraux.

Le signe de Kernig dans la paralysie générale.

Dr DARCANNE (de Fougères). — Le signe de Kernig est fréquent dans la paralysie générale, et si l'on examine une série de malades arrivés à la période finale, il est bien rare qu'on ne l'observe pas. Aux périodes de début et d'état, on le rencontre moins souvent ; il existe néanmoins. Nous avons pu observer 26 femmes atteintes de paralysie générale à l'asile de Bégard (Côtes-du-Nord), et nous possédons, en plus, 4 observations d'hommes paralytiques généraux.

Sur les 26 malades de Bégard, 10 présentaient le signe de Kernig d'une façon nette ; une autre, d'une façon douteuse. Sur les 10 présentant le signe de Kernig avec évidence, 8 étaient à la période finale de la maladie et 2 étaient à la phase d'état. Enfin sur nos 4 observations recueillies chez des hommes, c'était à la phase de début.

Le signe de Kernig est considéré, généralement, comme symptôme de lésion de méninges rachidiennes ; aujourd'hui on élargit le cercle et l'on admet qu'il peut traduire une lésion uniquement centrale. Or, la paralysie générale, affection des centres cérébraux et des méninges cérébrales, peut très bien se propager à la moelle et aux méninges rachidiennes, de même qu'elle peut succéder au tabes.

Nous pouvons donc considérer notre signe de Kernig, dans la paralysie générale, comme traduisant soit une lésion centrale, soit une lésion médullaire. Cette vue de l'esprit est une réalité en clinique : en effet, nous avons trouvé le signe de Kernig concomitamment avec une légère exagération des réflexes, avec le clonus du pied et fréquemment avec le signe de Babinski. La présence de ces derniers signes indique bien qu'il y a lésion des méninges rachidiennes ou des faisceaux pyramidaux. Chez les 10 femmes présentant le signe de Kernig, nous avons trouvé six fois les réflexes exagérés, cinq fois le clonus du pied, et cinq fois le signe de Babinski.

Tous ces paralytiques généraux avaient des troubles de la marche depuis le simple tremblement des jambes jusqu'à l'impossibilité complète de se tenir debout. Le signe de Kernig signifiait bien lésion médullaire. Dans le cas où le signe de Kernig existait au début de la paralysie générale, il n'y avait pas de troubles de la marche et l'on peut admettre qu'il traduisait simplement une lésion du cerveau ou des méninges cérébrales.

Il résulte de ces observations que le signe de Kernig possède une grande valeur. Le signe de Kernig est, en effet, un signe de diagnostic, puisqu'on le trouve à toutes les périodes de la paralysie générale, on le trouve souvent à la phase finale de la maladie lorsque le processus morbide envahit la moelle. Mais on le rencontre aussi à la phase d'état et, quelquefois, au début. C'est au début que sa présence a le plus d'importance, car dans les cas de paralysie générale fruste, sans signe d'Argyll-Robertson, il peut mettre le clinicien sur la voie du diagnostic.

C'est aussi un signe important du pronostic. Il indique, en effet, l'évolution progressive de la paralysie générale, sa marche ascendante du cerveau dans la moelle tout à la phase de début, alors qu'il n'y a pas de troubles de la marche ; moins rare à la phase d'état, il existe fréquemment à la phase finale pendant laquelle apparaissent les troubles de la marche qui peuvent même confiner le malade au lit. Le signe de Kernig, dans la paralysie générale, indique, pour nous, une évolution rapide de la maladie et l'apparition prochaine de troubles médullaires.

Influence de la force centrifuge sur la perception de la verticale.

M. BOURDON (professeur de philosophie à l'Université de Rennes). — J'ai étudié cette influence au moyen d'une table rotative portant à l'une de ses extrémités un siège sur lequel j'étais assis, le visage et l'axe de rotation étant dans un même plan, et le côté gauche du corps étant le plus rapproché de l'axe. J'ai recherché de combien je devais incliner, pour qu'elle me parût verticale, pendant la rotation : 1° une tige que je tenais entre les mains ; 2° ma tête ; 3° une ligne lumineuse. J'ai recherché, en outre, de combien l'œil tournait, pendant la rotation, autour de son axe antéro-postérieur (torsion).

Pour les vitesses de rotation employées, la résultante de la pesanteur et de la force centrifuge formait avec la verticale réelle un angle qui a varié entre 8° et 12° environ.

Les résultats ont été ce qu'on pouvait mathématiquement prévoir, c'est-à-dire ceux qui se constateraient si le corps était incliné réellement de quantités comprises entre 8° et 12°.

L'inclinaison apparente de la verticale ne s'explique pas par la torsion du regard, qui n'est dans ces expériences que de 2° 1/2 environ, alors que la verticale apparente est inclinée de quantités comprises entre 6° et 9° 1/2.

De la galvanisation cérébrale. Signification thérapeutique et clinique.

Dr FOVEAU DE COURMELLES (de Paris). — Les courants continus appliqués sur la région cranienne, et à faible intensité, par une électrode sur le front et une autre à la nuque, ont une action cérébrale incontestable, et variable avec le sens du courant ou mieux la nature des électrodes : le pôle positif est-il au front, l'autre à la nuque ? il y a *sédation et calme* ; si c'est l'inverse, ce sont les phénomènes opposés, *excitation et agitation*, qui se produisent. On peut ainsi, dans la neurasthénie et les maladies mentales, calmer ou exciter à volonté. Aux expériences de laboratoire de MM. François Franck et Mendelssohn, 1900, trouvant la galvanisation dangereuse, l'auteur oppose les heureux résultats thérapeutiques de Kowalewsky, Hugos, Althaus, Arndt, Hitzig, Schüle, Tiggas, Von Heyden, Vigleswort. R. Remak, Onimus, Benedikt, Erb et les siens, qu'il a communiqués dès 1895 à notre Congrès de Bordeaux et que ses recherches postérieures ont confirmés. Il traite du *vertige voltaïque* et de son importance dans le diagnostic de lésions cérébrales et auriculaires, d'après Babinski. Enfin l'*anesthésie générale*, obtenue par Leduc, par la galvanisation cérébro-médullaire, achève de montrer toute l'importance

des courants continus dans la thérapeutique mentale et nerveuse.

Ereuthose émotive conjonctivale.

Dr Manheimer Gommès. — On connaît les cas de rougeur obsédante de la face. Toute autre région vasculaire, si pour une raison quelconque, elle parvient à occuper l'attention, peut être l'origine de troubles vasomoteurs amenant eux-mêmes des réactions émotionnelles comparables à l'éreuthose et à l'éreuthophobie habituelle.

Observation d'un homme de 42 ans, opéré d'un strabisme interne à un œil, opération qui comporte une assez large plaie conjonctivale. — Depuis, chaque fois qu'il entend parler de blessure, accidentelle ou opératoire, de l'œil, apparition des deux côtés, au même moment, d'une congestion de toute la conjonctive. Le retour à l'état normal coïncide avec un détournement quelconque de l'attention. De plus, sentiment d'angoisse au moment du paroxysme, puis détente. La rougeur des yeux n'apparaît dans aucune autre occasion. Discussion du cas. Un trouble émotif paraît bien être à la base du trouble vaso-moteur, indépendant de l'émotion subséquente d'irritation et de confusion.

Hémiplégie intermittente d'origine albuminurique chez une fillette.

M. Manheimer-Gommès. — Fillette de huit ans, atteinte de scarlatine à l'âge de trois ans, mais très bien portante depuis, atteinte brusquement d'une monoplégie brachiale gauche. Guérison. Retour de la paralysie quelques mois après, suivi encore de guérison. Chaque fois, les urines contiennent de l'albumine, alors qu'elles n'en contiennent pas dans les intervalles.

La cause occasionnelle de la première attaque est rapportée à un effort : la fillette étant à l'école, s'est retenue très longtemps avant d'uriner.

Il semble bien que, dans ce cas, on ait affaire à de l'œdème cérébral. Les paralysies transitoires des urémiques et, à plus forte raison des albuminuriques simples sans aucune trace de désordres généraux, comme la malade de notre observation, doivent être, à notre avis, attribués à un trouble mécanique de congestion passive, favorisé d'ailleurs par la dyscrasie sanguine.

Paralysie générale tardive. Méningite scléro-gommeuse du lobule paracentral droit.

Dr G. Doutrebente, L. Marchand et M. Olivier. — Les cas

de paralysie générale tardive sont assez rares ; il nous a paru intéressant de publier le cas suivant :

Il s'agit d'un malade âgé de 64 ans, dont l'observation a été faite par M. le docteur Olivier, interne à l'asile de Blois. Pas d'antécédents héréditaires. Marié à 23 ans, il eut quatre enfants, dont trois sont vivants et bien portants. Syphilis à 40 ans, avec chancre, roséole, plaques muqueuses, etc. ; traitement au mercure pendant 4 mois seulement. Excès alcooliques dans la suite, puis abstinence de boissons alcooliques pendant 4 ans avant son internement qui fut fait en juillet 1904. Les premiers symptômes sont apparus en juillet 1903. Perte de la mémoire d'une façon progressive, achats déraisonnables, idée de richesse.

A l'examen fait à l'entrée à l'asile, on ne trouva pas sur le corps des stigmates de la syphilis ; tremblement des mains et de la langue ; réflexes patellaires exagérés ; réflexes de Babinski ; pupille gauche plus dilatée avec un contour irrégulier ; réflexes lumineux très atténués ; achoppement syllabique ; écriture tremblée avec des mots incomplets ; inconscience, idées de grandeurs et de richesse. Dans les mois suivants, accentuation de ces divers symptômes ; la marche devient incertaine : amaigrissement rapide. Le malade meurt en janvier 1905.

A l'autopsie : Dilatation des ventricules latéraux, pas d'athérome des artères cérébrales, plaques jaunâtres sur les méningites molles au niveau du lobule paracentral droit ; adhérences de ces méninges au cortex ; atrophie du cerveau. A l'examen histologique : lésions classiques de la paralysie générale dans tout le cortex ; au niveau du lobule paracentral droit méningite scléro-gommeuse.

Méningite chronique chez un héréditaire dégénéré.

Drs G. Doutrebente et L. Marchand. — Chez un malade à hérédité chargée, on prend facilement l'habitude d'attribuer à l'hérédité seule la production de l'affection mentale et, parfois, on néglige de signaler et d'observer les maladies de l'enfance ou du premier âge avec les altérations cérébrales acquises. Dans le cas que nous publions, hérédité morbide vésanique et méningite infantile ont accumulé leurs effets pour déterminer l'infirmité mentale. Il s'agit d'un enfant de 10 ans lors de son entrée à l'asile. Le père avait fait un séjour à l'asile, c'était un alcoolique criminel et jaloux, ayant bénéficié, pour irresponsabilité, d'une ordonnance de non-lieu.

Chez cet enfant, on observa dans sa première enfance des affections multiples et un arrêt de développement physique et mental. L'intelligence est à l'état rudimentaire ; tics nom-

breux, onomatomanie, absence de sentiments moraux ; mauvais instincts ; actes de méchanceté ; besoin de destruction et de bris d'objets ; la parole est défectueuse, insuffisamment développée ; gâtisme par intervalles. Malgré de nombreux et fréquents essais, l'éducation médico-pédagogique a été inutile ; il en a été de même pour les travaux d'intérieur ou de la culture. Le malade meurt à 19 ans.

On constata à l'autopsie : une méningite chronique d'origine infantile, localisée à la partie antérieure des bords supérieurs des hémisphères cérébraux avec une atrophie des lobes frontaux très accentuée. Les méninges, molles, très épaisses, atteignent par points trois millimètres d'épaisseur et, sous elles, on constate des lésions profondes du cortex.

Application du sérum marin dans le traitement des aliénés.

M. le Dr MARIE (de Villejuif). — Dans ses recherches, le sérum marin de Quinton a paru influer heureusement sur les accidents convulsifs de certains épileptiques, sur les ictus épileptiformes de certains paralytiques et sur leurs troubles de nutrition (escarres, maux perforants, etc.) ainsi que sur la catatonie de certains déments précoces et la stupeur sitophobique de quelques mélancoliques.

Albumino-diagnostic.

MM. les Drs A. MARIE (de Villejuif) et VIOLLET, interne des asiles, ont poursuivi sur un certain nombre d'aliénés, en particulier des paralytiques l'étude du *liquide céphalo-rachidien* à l'aide des ponctions en série et de l'albumo-diagnostic. Comme MM. Marie et Duflot l'avaient antérieurement fait pour la lymphocytose, MM. Marie et Viollet ont soumis un certain nombre de malades à la ponction périodique. Ils se sont demandés, en effet, si la proportion de l'albumine du liquide céphalo-rachidien pathologique progressait en raison directe de la maladie et s'il y avait variation dans cette proportion selon les fluctuations possibles du processus pathologique (rémissions, ictus, influence de certains moyens thérapeutiques, etc.)

Ils ont ponctionné tout au début de leur maladie des malades dont le diagnostic même était encore douteux. Dans certains cas, ils ont trouvé une assez forte proportion d'albumine, 1 milligr. par centimètre cube, tandis que chez d'autres paralytiques, malades depuis longtemps, déprimés et cachectiques, cette proportion était sensiblement inférieure à celle trouvée chez les malades précédents. Un paralytique saturnin en rémission n'avait plus d'albumine, un hémiplégique syphiliti-

que en avait des traces marquées. Comme pour les variations de la formule leucocytaire avec les diverses phases cliniques ou les ictus de la paralysie générale, l'albumo-diagnostic montre une altération du liquide céphalo-rachidien plus marquée au début de l'affection et dans les phases de poussées aiguës.

Recherches sur le neuronal.

M. le Dr Marie et son interne, le Dr M. Pelletier, communiquent leurs recherches sur le *Neuronal* et le résultat d'expériences faites sur les animaux par M. le Dr Viollet. A dose toxique, le Bromdiéthylacétamide paralyse progressivement les muscles lisses et striés, particulièrement les tuniques des vaisseaux. Vaso-paralysie et arrêts de sécrétion de l'intestin. A dose thérapeutique (1 gr.), le Neuronal aide le sommeil dans l'insomnie simple, les états de confusion mentale ou de manie subaiguë, et l'agitation automatique modérée. Il ne s'accumule pas, bien que son effet s'étende sur plusieurs jours ; l'accoutumance en est faible et sa suppression n'entraîne aucun trouble appréciable. Le mauvais goût en peut être facilement masqué. Contrairement aux prescriptions de Fuchs et Schultze, il ne paraît pas agir sur les convulsifs aux doses expérimentées et sans être associé à d'autres substances.

Démence épileptique ; par Bourneville. (Sera publié.)

Parallèle du myxœdème infantile et du mongolisme ; Par Bourneville. (Sera publié.)

Traitement médico-pédagogique des différentes formes de l'idiotie.—Présentation de nombreuses photographies et de cahiers scolaires ; par Bourneville. (Sera publié.)

Carcinome secondaire des centres nerveux avec présentation de pièces. (Dr Sabrazès.)

Présentation de préparations de cellules hématomacrophages. (Drs Sabrazès et Muratet.)

La ponction lombaire.

MM. Pichenot et Castin (de Montdevergues) étudient, dans une revue très documentée par leurs recherches personnelles la ponction lombaire, et terminent par les conclusions suivantes : « La ponction lombaire a fait ses preuves ; ses résultats cliniques, diagnostiques, pronostiques et thérapeutiques sont déjà considérables et ils s'accroissent sans cesse. »

La rage est une folie infectieuse.

M. Pierret (de Lyon). — Les troubles de la sensibilité sont

directement ou indirectement la base de tous les délires. Il serait donc très désirable d'établir avec certitude si, dans certains cas bien définis, les illusions et les hallucinations, par exemple, sont imputables à des lésions réelles des neurones sensitifs à tous les étages du système centripète.

L'étude des troubles intellectuels chez les tabétiques à névrites fournit, sans doute, à cet égard des renseignements intéressants ; mais dans le cas de confusion mentale hallucinatoire, les altérations des centres nerveux sont d'ordinaire ou trop faibles, ou trop diffuses pour justifier des conclusions fermes sur la pathogénie et le lieu des hallucinations.

Une seule maladie infectieuse, la rage, par sa localisation primitive dans le système centripète (névrite rabique ascendante), sur les nerfs et les ganglions spinaux (Nepveu, 1872) (1), permet, dans les cas types, d'assister au développement progressif d'un syndrome tout d'abord exclusivement sensitivo-sensoriel, plus tard sensitivo-psycho-moteur.

Ce point de vue très suggestif a été développé pour la première fois par moi-même dans mes leçons 1887-1888, par mon élève Rieaux (2) dans sa thèse inaugurale, et de nouveau par moi dans une leçon publiée à Lyon en 1891, c'est-à-dire douze et neuf ans avant le mémoire sur le même sujet présenté à l'Académie de médecine de Belgique par MM. Van Gehuchten et Nelis.

Mes conclusions, identiques à celles des auteurs belges, en ce qui concerne le début de la psychose rabique, les complètent cependant en tenant compte de la généralisation de l'infection et des actions à distance, de sorte que l'étude des troubles psychiques et sensitifs chez les rabiques éclaire d'un jour nouveau la genèse de la plupart des folies hallucinatoires.

M. Dide (de Rennes). — Je suis tout à fait de l'avis de M. Pierret au sujet de l'origine toxi-infectieuse des hallucinations. Cependant au point de vue pathogénique, je pense qu'il y a lieu de distinguer les cas où l'hallucination est d'origine primitivement corticale par excitation mécanique par exemple. Cliniquement, l'hallucination toxi-infectieuse semble être plus complexe et devient souvent psycho-motrice ou psycho-inhibitrice.

Mouvements involontaires stéréotypés des doigts s'organisant en tic dans le tabes.

M. Sabrazès (Bordeaux). — Dans le tabes il n'est pas rare

(1) Nepveu. — Un cas de rage (Compte rendu de la Société de biologie, p. 132, 1872).

(2) Rieaux — La rage au point de vue psychologique. (Thèse de Lyon, août 1888).

d'observer des mouvements involontaires d'adduction et d'abduction, d'opposition et de friction des doigts, particulièrement du pouce et de l'index, rappelant le jeu d'une pince et se manifestant surtout à l'occasion de la parole.

Ces stéréotypies ne sauraient être confondues avec l'ataxie du tonus. Quand on remonte à leur origine, on apprend qu'elles ont été précédées par des malaises dans les mains devenues maladroites, par une diminution de la sensibilité et par un engourdissement des doigts incitant le malade à frotter les doigts l'un contre l'autre comme pour les ranimer, représentant ainsi une sorte de réaction motrice contre une sensation d'engourdissement. Dans d'autres cas, ces stéréotypies reproduisent des mouvements en rapport avec la profession des malades (palper de l'étoffe chez une tailleuse, dévider de l'étoupe). Ces stéréotypies obsèdent les malades qui s'efforcent de les dissimuler par divers moyens.

Depuis que notre attention a été attirée sur ces faits, il nous a été donné d'en réunir cinq cas et de rapprocher ces stéréotypies des mouvements d'habitude s'organisant en tics. Leur fréquence dans le tabes leur confère une certaine importance séméiologique.

M. Meige. — Les tics des doigts de la main sont rarissimes, et je n'en ai jamais vu un vrai cas, et je fais toutes réserves — n'ayant pas vu les malades — sur les cas communiqués par M. Sabrazès.

M. Sabrazès. — Les tics des doigts ne sont pas aussi rares que cela. Dernièrement, nous en avons publié un cas. Il s'agit d'un aveugle qui, au début de sa cécité, jetait son doigt en avant comme une antenne lors de la marche. Or, par habitude, le doigt demeure en érection même pendant le sommeil. C'est bien là un tic d'habitude.

M. Dide. — Ces tics des doigts se rencontrent quelquefois parmi les malades de nos asiles. Je pourrais en montrer trois ou quatre cas à M. Meige. Il s'agit, en général, de déments précoces, chez lesquels, au début, les hallucinations auditives s'accompagnaient de gestes qui ont demeuré, bien que les malades soient dans la démence complète.

M. Meige. — Il s'agit, je crois, dans les cas qu'on nous cite, bien plus de stéréotypie que de tics, car on n'y trouve pas les mouvements convulsifs, brusques, qui caractérisent le tic.

M. Régis. — Dans les observations de M. Sabrazès, il y avait le caractère obsédant, et l'obsession n'appartient qu'au tic.

Séance du 4 août (soir).

Balnéation et hydrothérapie dans les maladies mentales.

M. le Dr B. PAILHAS (d'Albi), *rapporteur.* — La question de la balnéation et de l'hydrothérapie dans les maladies mentales remonte, pour le moins, à Hippocrate.—Successivement soulevée par nombre d'anciens auteurs, elle n'a que tardivement pris la consistance d'une doctrine et d'une méthode thérapeutique.

A Pomme, médecin français du milieu du XVIIIe siècle, semble revenir le mérite d'avoir réalisé ce progrès. Tour à tour, et suivant les cas, celui-ci prescrit à des « vaporeux », qui souvent sont des « délirants hystériques, des hypochondriaques ou mélancoliques », les bains et demi-bains froids ou chauds, les bains prolongés à température agréable, l'enveloppement humide, les pédiluves, les vessies de glace, les fomentations.

De nombreux et fervents disciples adoptent la méthode du praticien d'Arles, et l'on voit, avec l'un d'eux, Debaux, de Marseille, se réaliser avec succès jusqu'à la balnéation froide du délire alcoolique aigu (*Traité des vapeurs*, II, p. 135).

Mais parmi les procédés que Pomme conçoit et utilise dans la cure de ses malades, rien ne s'impose plus à l'attention que sa technique du bain prolongé ou permanent, en tout si semblable à celle qu'adopteront, bien plus tard, Brierre de Boismont, Turck, Bonnefous, Krœpelin, etc. A propos de l'observation d'un cas de délire maniaque agité qu'il a soumis à l'action prolongée d'un bain à température agréable, l'auteur écrit lui-même : « Huit heures de bain par jour, l'application constante d'un linge trempé dans l'eau froide sur la tête et renouvelé à chaque instant, emportèrent le délire dans l'espace de deux mois. Les règles parurent alors et la malade fut entièrement rétablie. » Et il ajoute : « J'ai par devers moi quelques observations de cette espèce que je suis obligé de tenir secrètes par condescendance pour les personnes qui en sont le sujet. »

On a peine à croire que Pinel qui, au nombre des rares pratiques balnéopsychiatriques de son temps, ne trouve guère à signaler que le bain de surprise de Van-Helmont, ait ignoré la méthode de Pomme ; en tout cas, il ne la mentionne ni ne la suit, se bornant à organiser d'une façon louable, et en cela suivi par son élève Esquirol, le bain simple ou modérément prolongé.

Il faut arriver à Turck et à Brierre de Boismont pour assister à la réapparition du bain prolongé, et on sait avec quelle maîtrise ce dernier auteur en a tracé les règles et fixé les indi-

cations. Quant au bain permanent, la conception en reste tout entière à Bonnefous, de Leyme ; ce qui ne saurait retrancher à Krœpelin le mérite d'en avoir, à une date encore récente, saisi toute la valeur et singulièrement amplifié l'application. Les noms de S. Pinel, Guislain, Baillarger, Morel, Brocard, Reverchon, etc., se rattachent aussi à la balnéation prolongée ; mais quelques-uns de ces auteurs et bon nombre d'autres, à l'étranger, ont su accorder à l'hydrothérapie et à la balnéation froide des indications justifiées. Guislain, l'un des plus illustres, organisa la balnéation froide comme Brierre avait organisé la balnéation prolongée. En 1850, Dagonet avait introduit l'enveloppement humide à Maréville (?), comme traitement de la stupidité. Peu après, la douche froide prit place, à St-Yon, dans la pratique de Morel et de Brocard. A faible pression, et avec quelques légères modifications d'outillage et de technique, la douche devint le bain d'affusion de Reverchon, comme elle est devenue, postérieurement et de nos jours, la douche baveuse de Vidal, le bain d'aspersion de Maxime Dubuisson, le bain en pluie si accrédité en Amérique.

Les principes de la balnéation et de l'hydrothérapie en psychiatrie sont ceux qui régissent l'hydrothérapie en général ; mais il convient, toutefois, de bien savoir que, nulle autre part, cette médication ne doit autant tenir compte des conditions sanitaires et des réactions individuelles. Selon l'expression de Scoutteten « nulle pratique n'a réclamé un tact médical plus exercé ».

Par là on comprend qu'à la grande variété des complexions et des états individuels on puisse opposer la variété considérable des procédés balnéothérapiques, qu'il s'agisse d'applications froides ou chaudes, de bains courts, prolongés ou permanents, d'enveloppements humides, de douches à forte ou faible pression, de demi-bains, d'affusions, etc.

En dehors de son rôle prophylactique et hygiénique, l'hydrothérapie directement applicable à la cure des maladies mentales semble pouvoir être envisagée au point de vue de deux sortes d'indications distinctes. Les unes *générales*, faisant la part des grands processus symptomatiques de l'excitation et de la dépression ; les autres *particulières*, tenant spécialement compte des individualités.

Au sujet des états d'excitation et de dépression, le rapporteur s'attache à montrer combien il est indispensable de connaître à fond, et non pas seulement dans leur expression de surface, la valeur de tels syndromes. On s'efforcera d'y démêler ce qui revient aux forces agissantes et aux forces radicales si judicieusement distinguées par Barthez.

A. États d'excitation. — Pour l'excitation, en particulier, on saura que, quel que soit son cortège de symptômes habituels, tels qu'agitation, expansion, etc., cela n'implique point nécessairement un développement adéquat d'énergie organique. On cherchera dans la situation respective de l'état des organes et de leur expression fonctionnelle le criterium le plus capable d'orienter la variété des prescriptions hydrothérapiques.

Abstraction faite des contre-indications imposées par une trop grande faiblesse organique, on peut dire que le bain prolongé reste le procédé de choix de l'excitation maniaque. Quant à savoir ce qui, en règle générale, peut mieux convenir, ou du bain permanent (système Bonnefous et Krœpelin), ou de la balnéation très prolongée mais discontinue (système Pomme et Brierre de Boismont), les seuls faits peuvent répondre ; toutefois, il ne paraît point que soustraire, à intervalles variables, le malade au contact de l'eau, offre moins d'avantages, tant au point de vue des résultats curatifs de la balnéation que des commodités de son emploi.

a) *États maniaques.* — Dans les manies graves et le délire aigu, l'excitation, si souvent en rapport inverse avec les forces radicales de l'organisme, exigera, à la place de l'action dépressive du bain tiède ou chaud, la stimulation du bain froid ou frais de courte durée, des bains graduellement surchauffés (C. Dent), et mieux encore, peut-être, les emmaillotements humides froids avec applications céphaliques froides ou glacées (Krœpelin, Krafft-Ebing, Schüle, Arndt, Salgo).

L'enveloppement humide est adopté de préférence par Krœpelin dans certains cas d'agitation maniaque caractérisés par la résistance du malade à se maintenir au bain. Ce mode de contention sédative se concilie bien avec l'alitement.

Dans la manie aiguë ordinaire interviendront le bain prolongé, le demi-bain, la douche baveuse de Vidal ou le bain en pluie. On pourra aussi avoir recours, dans certains cas, au maillot humide, au demi-maillot, à la ceinture mouillée, qui, appliqués le soir, se montrent particulièrement aptes à ramener le sommeil. (Morel, de Mons.)

L'excitation maniaque hystérique s'accommodera le plus souvent de l'enveloppement humide froid souvent renouvelé (Mandsley), de compresses froides sur la tête (Morel), de l'immersion de courte durée en eau froide (Pomme) ; mais, dans bien des cas, il y aura lieu de recourir au bain prolongé (Brierre) ou à la douche tempérée à faible pression.

Les crises d'excitation chez les épileptiques pourront, quoique rarement, bénéficier de l'enveloppement humide (Fuersner et Fedbausch) et du bain prolongé ; mais il convient sur-

tout de s'adresser au traitement préventif et intercalaire, sous la forme de lotions, d'enveloppements humides, de douches froides en jet et préférablement en pluie (Schule), de douches graduellement refroidies (Beni-Barde), de bains froids de courte durée.

Dans la paralysie générale, on aura, pour combattre l'excitation, le bain prolongé avec applications glacées sur la tête. L'addition de chlorure de sodium (Bonnefous) ou d'acide phénique (Reinhard) contribuera à parer aux troubles dystrophiques des tissus (eschares, phlegmons, etc.), lorsque d'autres troubles organiques ne viendront pas contre-indiquer l'emploi du bain lui-même. Et dans ce cas, le traitement hydrothérapique devra se limiter à des applications partielles : compresses froides sur la tête, bains de siège et pédiluves chauds.

Dans les crises d'excitation survenant au cours des états maniaques chroniques, la symptomatologie seule ne devra pas guider dans le choix du procédé hydrothérapique, mais on aura très particulièrement égard aux indications tirées du rapport nosologique de la crise avec le degré d'ancienneté et les chances de curabilité de l'affection. La crise aiguë de chronique invétéré ou incurable ne saurait être, à ce point de vue, assimilée à celle de cet autre maniaque chez lequel un épisode de surexcitation semble pouvoir être envisagé comme l'expression d'une salutaire réaction des énergies psychiques, que l'on se gardera de comprimer par une médication débilitante. Ici trouvera place la balnéation froide, telle que la concevait Guislain et que, de nos jours, la pratique Schule. Mais à côté de l'administration prudente du grand bain froid de courte durée, du demi-bain froid ou graduellement refroidi, de la douche froide à faible ou forte pression, des emmaillotements humides froids, on pourra utilement s'adresser à la douche écossaise et aux bains médicamenteux, sulfureux, alcalins, aromatiques.

La fréquence des syncopes observées par Wurth dans les folies chroniques en général (23 fois sur 102 malades), à l'occasion de bains d'une durée de douze heures, laisse entrevoir que, dans tout état maniaque chronique, il y a se méfier de l'action dépressive du bain prolongé et à en surveiller minutieusement l'emploi.

A l'excitation maniaque chronique semble particulièrement approprié le bain en pluie des Américains, si susceptible de se mettre en harmonie avec l'état des sujets et les besoins d'un service rapide. Tempéré ou tiède, le bain en pluie calme, à l'instar de la douche baveuse de Vidal ; plus ou moins froid, il développera les effets toni-sédatifs du bain d'affusion

dont Reverchon et Baume étaient arrivés à gratifier assez uniformément l'ensemble de leurs malades.

b) *Etats mélancoliques.* — C'est dans la mélancolie surtout qu'il convient de dépister, sous les dehors d'une dépression psychique, la situation réelle des forces organiques, avant de formuler un traitement hydrothérapique.

Comme on le sait bien, la mélancolie n'est point exclusive des états d'excitation et, dans ces cas où se range la mélancolie anxieuse, « les bains tièdes prolongés de deux ou trois heures apportent un grand soulagement ». (Garnier et Cololian.) Même dans la mélancolie avec conscience, la tension douloureuse du système nerveux sera combattue par les bains prolongés d'une heure ou deux, à la température constante de 28 à 32° ou à l'aide du drap mouillé (Ritti).

En principe, la durée du bain tiède doit être ici modérée, eu égard à l'influence plus ou moins dépressive qu'exercent sur les centres nerveux des préoccupations tristes et angoissantes, lors même qu'elles ne traduisent pas les phénomènes extérieurs de l'excitation. Aussi semble-t-il rationnel que Krœpelin ait pu dire qu'aux anxieux, de même qu'aux épileptiques, les bains très prolongés sont le moins applicables.

Dans les états d'excitation mélancolique seront, en outre, indiquées les pratiques à peu près similaires de la douche en pluie attiédie (Delmas), de la douche baveuse, du bain en pluie tempéré.

Si Morel, de Mons, peut signaler que, dans la mélancolie grave allant jusqu'à l'excitation, certains auteurs ont pu substituer, avec les mêmes avantages, le maillot humide aux bains tièdes un peu prolongés, on ne perdra pas de vue que ce moyen recommandable possède aussi une action dépressive et non exempte de tout danger de collapsus.

B. États de dépression. — Dans la dépression mélancolique il y a à considérer divers degrés de cette dépression, depuis ceux de la mélancolie simple, si proche de la neurasthénie, jusqu'à la mélancolie stupide. Aux premiers degrés s'appliquent le traitement hydrothérapique de la dépression neurasthénique, à savoir la douche écossaise, la douche mixte de Beni-Barde, ou même, si le malade la tolère, la douche froide de courte durée, les immersions bornées à un rapide plongeon dans l'eau froide, les demi-bains froids, frais et toujours courts, les frictions avec le drap mouillé fortement tordu, les lotions froides.

Dans les formes plus accusées, telle que la mélancolie avec stupeur, mais avec un état général relativement satisfaisant, on peut employer, au début, les grands bains chauds, le bain tiède sinapisé, le demi-bain, la douche écossaise, les

emmaillotements froids de courte durée, les lotions stimulantes, et un peu plus tard, les bains froids ou la douche froide (en pluie, Schule), toujours sous surveillance et à des intervalles de un ou plusieurs jours (Morel, de Mons). Lorsque les états mélancoliques aigus sont marqués par la dépression organique, ainsi que dans les *psychoses d'épuisement physique* des auteurs allemands, Thomsen, considère le bain chaud avec compresses froides comme le procédé le moins dangereux. Conformément à ce qui a été dit relativement à l'action débilitante du bain tiède, il semble préférable, en ce cas, de recourir à des bains très chauds (C. Dent), précédés ou suivis de lotions stimulantes froides, ou bien au bain sinapisé.

Les manuluves et pédiluves chauds ou sinapisés seront seuls appliqués quand l'état général, très défectueux, s'accompagnera de troubles profonds de la circulation (cyanose, refroidissement des extrémités, etc.). Dans tous les cas, la réaction sera très attentivement surveillée, et le plus possible favorisée, par les frictions stimulantes, les mouvements actifs ou passifs, etc.

C. États toxi-infectieux. — Parmi les indications qui relèvent de conditions pathologiques moins générales que l'excitation et la dépression, il convient de signaler, comme méritant une mention spéciale, celles qui émanent d'une étiologie foncièrement infectieuse ou toxique.

Le delirium tremens sera traité par le bain frais ou froid, conformément à la pratique adoptée par les médecins français Féréol, Rousseau, Letulle. On se souviendra aussi que Morel avait utilement employé, en ces cas, l'emmaillotement humide constamment réfrigéré, et que certains auteurs, tels Thomsen, par crainte du collapsus, reportent leurs préférences sur les bains tièdes et des affusions légères.

Au délire aigu devront être ordinairement appliqués les enveloppements humides froids plus ou moins prolongés (Magnan), le bain tempéré court de 28 à 30° (Anglade) ou même le bain froid (Garnier et Cololian), ainsi que dans la méthode de Brand.

Les bains prolongés chauds, bien que considérés par Kræpelin comme le remède héroïque du délire aigu, ne sauraient être prescrits qu'avec une extrême réserve, étant donnés leur action débilitante et l'état de dépression organique inhérente à cette affection. Et l'on conçoit que Brierre de Boismont et Baillarger aient signalé le danger ou l'inutilité des bains prolongés, lorsque la manie aiguë se transforme ou tend à se transformer en délire aigu.

D. États organiques. — Dans les affections mentales liées

à une altération organique de l'encéphale, sénilité, artériosclérose précoce, hémorragies, ramollissement, etc., et plus particulièrement dans la paralysie générale, les grandes applications hydrothérapiques devront être, en règle générale, proscrites. Ce n'est que dans des cas spéciaux, et après un examen approfondi de l'état des forces du malade et de ses capacités réactionnelles qu'on emploiera, en cas d'excitation aiguë, les grands bains tièdes et les enveloppements froids ou chauds. Toutefois, les observations et la pratique de Bonnefous (de Leyme) et de Reinhard ont montré quels avantages on pouvait retirer du bain prolongé dans des cas de paralysie générale avec eschares ou tendance aux eschares de décubitus.

E. États hébéphréniques et catatoniques. — Thomsen fait remarquer que les indications individuelles et symptomatiques dominent aussi dans les formes de folie survenant chez les jeunes gens. Toujours est-il que, dans les grands états d'agitation catatonique, Kræpelin s'écarte souvent de sa pratique presque systématique des bains prolongés pour y substituer les enveloppements humides et tièdes.

F. États lucides. — Essentiellement symptomatique devra être l'hydrothérapie quand elle s'adresse aux folies lucides, aux syndromes de dégénérescence ou états plus ou moins liés à l'épilepsie, à l'hystérie, à la neurasthénie, à la chorée, à la maladie de Basedow, etc. Nulle part le sujet et l'affection ne sont empreints d'une individualité plus tranchée dont devra tenir étroitement compte l'application hydriatique. Ici prendront place, suivant les cas, les bains chauds et froids, les demi-bains, les bains de vapeur et les emmaillotements humides, les douches froides, écossaise ou savamment mitigées à la façon de M. Beni-Barde, etc.

A l'excitation on opposera les bains tièdes, les emmaillotements froids, les demi-bains tièdes avec affusions, la douche baveuse ou le bain en pluie.

Le sommeil sera favorisé au moyen des enveloppements humides (emmaillotement total, demi-maillot, ceinture, compresses des jambes), du bain, du demi-bain tiède ou même du simple pédiluve. Selon Ritti, les bains donnés dans l'après-midi, même les bains de pieds, sont des procédés qui réussissent parfois à amener le sommeil, même chez les malades les plus réfractaires.

Au sujet des emmaillotements froids, Thomsen fait observer que certains sujets nerveux les supportent mal dès qu'ils dépassent la durée d'une demi-heure, et que, dans ces cas, ils doivent être supprimés, toutes les fois que le réchauffe-

ment tarde à se produire ou ne s'accompagne pas d'un sentiment de bien-être.

Contre la *dépression* on utilisera les moyens hydrothérapiques stimulants, tout en procédant avec prudence et délicatesse, lorsqu'on fera appel à l'eau froide et à la percussion, (douches, affusions, immersion). Avec plus de sûreté, on donnera la douche écossaise et le demi-bain frais ou graduellement refroidi accompagné de frictions ou d'affusions fraîches ou froides suivant la pratique allemande.

Il est des sujets dont la susceptibilité demandera une acclimatation graduelle aux applications froides qui sont, de beaucoup, les plus vitalisantes et les plus susceptibles de mettre en jeu les réactions organiques.

G. Hydrothérapie hygiénique. — La question d'hydrothérapie hygiénique des asiles ne saurait retenir longtemps. Plus spécialement destinée à sauvegarder les fonctions de la peau, et par là, à assurer les soins élémentaires de propreté du corps, l'hydrothérapie hygiénique confond nécessairement son rôle avec celui de l'hydrothérapie curative et prophylactique. D'après les états constitutionnels ou morbides des individus, les conditions du milieu et de saison, on pourra avoir recours aux bains tièdes ou tempérés, à toute la gamme des douches, affusions et lotions, etc. A cet emploi hygiénique se prêtent admirablement les bains ou douches en pluie à faible pression, et, en particulier, la pratique des bains d'aspersion savonneuse adoptée par M. Maxime Dubuisson.

H. Hydrothérapie prophylactique. — Nul mieux ou plus que Morel ne s'est préoccupé de la prophylaxie hydrothérapique des maladies mentales, s'efforçant de les prévenir, soit à la période des premiers prodromes, soit, comme simple prédisposition, dans ce qu'il appelait les états nerveux des héréditaires : « Je tiens à signaler, disait-il, les immenses avantages que j'ai retirés des bains prolongés et de l'hydrothérapie, lorsque j'ai été consulté dans cette période prodromique où s'organise la folie. Leur avantage n'est pas moins grand dans ces situations névropathiques où les opiacés ne procurent aucun soulagement aux malades et où les toniques et les purgatifs ne font qu'irriter le système digestif déjà si impressionnable. » Et pour modifier la constitution nerveuse des héréditaires, Morel fait surtout appel à l'expérience balnéaire de Fleury, et, comme lui, accorde des préférences à l'usage de l'eau froide, associée ou non aux sudations.

Après avoir signalé les desiderata de l'éducation hydrothérapie des médecins en général et des aliénistes, en particulier, le rapporteur résume son travail en ces conclusions :

1° L'hydrothérapie exige, comme condition essentielle de sa pratique, le tact expérimenté de celui qui l'emploie.

2° Toute la gamme des procédés hydrothérapiques a pour point de départ une excitation à la périphérie du corps; mais les effets se différencient et divergent suivant la thermalité de l'eau, la durée, l'intensité des applications, et maintes conditions individuelles plus dépendantes des multiples et variables dispositions du sujet que de la classe nosologique dans laquelle on le range. Nulle thérapeutique ne réclame plus de sens d'opportunité clinique, une conception plus synthétique et plus coordonnée des notions de pathologie générale.

3° La qualité thermale de l'eau, aussi bien que l'intensité et la durée des applications devront se mettre en rapport avec les résistances organiques, générales ou partielles, et aussi avec les susceptibilités individuelles. On ne perdra pas de vue que la dépression organique fonctionnelle des centres nerveux n'est point adéquate à leur dépression organique et que cette dernière se dissimule souvent sous les apparences de l'excitation et de l'agitation. C'est dans ces cas d'épuisement organique que l'on évitera, avec le plus de soin, tous les procédés qui, par la durée et l'intensité de leur action, mettent trop vivement en jeu les processus de la réaction générale et risquent d'en épuiser les sources.

4° Dans les cas de folie caractérisés par une asthénie réelle et profonde — tels certains délires toxi-infectieux, comme la folie puerpérale, la confusion mentale, certains états maniaques s'accompagnant d'un état général grave, la mélancolie stupide, la dépression catatonique, — on s'adressera prudemment, soit à la balnéation tiède peu prolongée et associée à des frictions ou lotions stimulantes, soit à l'emmaillotement humide, froid, sinapisé (Chaslin), graduellement surchauffé (C. Dent). Dans le choix des procédés on n'aura égard aux syndromes maniaque ou mélancolique que dans la mesure où ils peuvent, par eux-mêmes, fournir des indications sur l'état des forces du malade.

5° Aux états d'excitation et d'agitation conviennent généralement les applications tièdes ou chaudes (bains prolongés de 28 à 34°, douches tempérées à faible pression, douche baveuse de Vidal ou bain en pluie). Chaque praticien saisira dans le degré de résistance offert par le malade à tel ou tel procédé l'indication de le rejeter ou d'en différer l'emploi.

6° Il est des cas de folie aiguë, d'essence plutôt sthénique, — tels les épisodes d'excitation délirante de l'hystérie, — qui, bien que justiciables de la balnéation tiède, s'accommodent avantageusement des applications hydrothérapiques froides

immersions de courte durée, douches en pluie à faible pression, enveloppements humides.

7° De même, le délire alcoolique aigu trouve un rapide soulagement dans l'immersion froide relativement prolongée; mais l'emploi d'une telle médication agissant par sidération des centres nerveux, n'est pas exempte de dangers et rend nécessaire la présence du médecin.

8° Aux états hyperthermiques (délire aigu) on opposera les enveloppements humides froids souvent renouvelés, plus rarement le bain froid ou mitigé.

9° Il est des vésaniques à constitution rhumatismale, goutteuse ou pléthorique, chez lesquels les applications hydrothérapiques seront judicieusement associées à la sudation (emmaillotements, bains russes ou turcs).

10° Les folies d'origine organique, comme la paralysie générale et celles qui coexistent avec des affections cardiaques ou pulmonaires, contre-indiquent toute médication hydrothérapique susceptible de congestionner les organes lésés ou de porter atteinte à leur fonctionnement. Les applications seront ici partielles, symptomatiques, et ce n'est qu'exceptionnellement que, dans la paralysie générale, on recourra au bain tiède ou à l'enveloppement humide chaud (Alter). Même et surtout dans la démence paralytique, les eschares de décubitus seront une indication du bain prolongé (Bonnefous, Reinhard, Alter).

11° Aux états subaigus prolongés ou aux affections aiguës tendant très lentement à l'apaisement des signes de l'excitation psychique, certaines applications excitantes froides, chaudes ou mixtes (douches froides ou écossaises) seront parfois heureusement substituées aux applications sédatives tièdes ou chaudes. Il y aura surtout lieu de procéder de la sorte lorsque, au calme du malade et à son amélioration physique, ne correspondra pas le retour parallèle de ses aptitudes mentales.

12° Les états chroniques seront généralement soumis à une hydrothérapie hygiénique dont le bain ordinaire, le bain de piscine et les bains d'aspersion savonneux feront le plus commodément les frais. Des indications particulières ou occasionnelles feront intervenir l'emploi judicieux et modéré, soit des procédés stimulants toniques ou toni-sédatifs (douche écossaise, douches froides en jet ou en pluie, affusions, demi-bains), soit des procédés plus directement sédatifs (bain tiède plus ou moins prolongé, douche tempérée à faible pression, bain en pluie).

Les épisodes aigus, mélancoliques ou maniaques, survenant au cours des affections chroniques, seront soumis aux

règles générales applicables aux états d'excitation ou de dépression psychiques ; mais c'est ici surtout qu'il faudra, avant et durant toute intervention, examiner avec une attention scrupuleuse dans quels rapports se trouvent et se maintiennent, d'une part, les résistances organiques du sujet et son aptitude à réagir, et d'autre part le procédé hydriatique apparemment indiqué.

13° La médication prodromique, visant surtout l'insomnie, fera appel au bain ou demi-bain tiède et à l'enveloppement humide (maillot, ceintures, compresses des membres inférieurs). Les demi-bains, la douche écossaise, la douche baveuse de Vidal, le bain en pluie, les emmaillotements humides généraux ou partiels, les pédiluves, etc., trouveront aussi leur utile emploi pour combattre l'irritabilité nerveuse et psychique sous ses divers aspects initiaux d'excitation ou de dépression.

14° La plupart des procédés hydrothérapiques peuvent concourir à la prophylaxie des maladies mentales. C'est vers l'eau froide que, plus ou moins directement, l'on tendra à diriger préventivement le groupe dominant des prédisposés héréditaires (Morel, Brocard).

Discussion.

M. Christian. — Je regrette que le rapporteur n'ait pas fait connaître les résultats thérapeutiques de la balnéation, car dans cette question on marche à l'aventure, et avec exagération. M. Sérieux a vu, en Allemagne, des malades tenus dans le bain deux mois, trois mois, six mois, dix-huit mois. On nous dit que cela ne produit aucun inconvénient. Je sais bien que l'épiderme de ces malades est protégé par un corps gras isolant, qu'on remédie aux lipothymies par les injections de caféine, que les agités qui veulent sortir de leur baignoire y sont maintenus par la persuasion qui laisse derrière elle des ecchymoses, et par les stupéfiants. Mais est-ce là, je le demande, une méthode vraiment médicale. On dit que l'agitation disparaît, mais je suis convaincu que dans ces cas-là on serait arrivé au même résultat sans ce traitement. En réalité, la méthode est surtout employée pour la discipline intérieure de l'établissement.

A cette immobilisation dans le bain permanent je préférerais, si je devais devenir un agité, qu'on m'appliquât une camisole de force, qui me laisserait du moins une liberté relative en dehors de l'usage des mains. Dans cette baignoire entourée de paravents, le malade est aussi isolé que dans une cellule. De telle sorte que je suis surpris de voir cette condamnation à l'immersion prolongée et incessante défendue par les médecins qui combattent la camisole de force et la cellule.

Il est vrai que cette pratique des bains prolongés et ininterrompus nous vient de l'étranger. La prôner est un des moyens employés pour démontrer l'infériorité de la science française et surtout des aliénistes français. J'ai tenu à réagir contre cette tendance à rabaisser tout ce qui se fait en France.

M. E. Deschamps (de Rennes). — Si l'on n'obtient pas des résultats concordants en hydrothérapie, c'est parce que l'on ne s'entend pas sur les principes fondamentaux qui régissent son action. Le nom, d'abord, devrait être changé : c'est thermothérapie qu'il faudrait dire, car la chaleur seule est l'agent thérapeutique.

L'eau, dont la capacité calorifique est considérable, permet de constituer économiquement un milieu capable de déterminer rapidement des variations de la fonction thermogénique du sujet qui s'y trouve placé. On ne saurait restreindre son action à une simple addition ou soustraction de calorique ; un résultat satisfaisant et durable ne peut être atteint que par la modification ou le perfectionnement d'un nombre plus ou moins grand des facteurs qui président physiologiquement au rendement de la fonction thermogénique et parmi ces facteurs l'un est le rayonnement cutané.

Les éléments qui déterminent surtout la valeur du rayonnement sont le pouvoir émissif de la surface cutanée et le débit sanguin à la périphérie qui dépend du travail du cœur.

Or, ce travail du cœur varie dans de très grandes proportions, selon la température de l'eau, mais aussi suivant les sujets. Le pouvoir émissif de la peau a lui-même une très grande importance, puisque c'est par elle que nous faisons notre équilibre thermogénique.

En résumé, l'hydrothérapie est une méthode scientifique qui ne peut donner des résultats concordants qu'à la condition de lui appliquer les lois de la physique et de la physiologie générale, et il est à souhaiter que le vieil antagonisme qui existe encore entre les sciences dites accessoires et la clinique, dans l'enseignement de nos Facultés de médecine, disparaisse.

M. Manheimer Gommès (Paris). — Dans les cas d'excitation générale avec barbouillage et scatophagie, la balnéation chaude prolongée agit bien. Par contre, chez certains arriérés instables habitués à être propres, la même balnéation a suscité le gâtisme volontaire. Dans ces cas, on se trouvera mieux, pour obtenir des effets sédatifs, du drap mouillé.

M. Bourneville. — C'est avec raison que le Congrès de Pau a mis à l'ordre du jour du Congrès de Rennes la question de l'*Hydrothérapie dans les maladies nerveuses et mentales*.

On ne peut aussi que se féliciter du choix du rapporteur. La tâche était difficile. M. le Dr Pailhas s'en est acquitté à son honneur. Toutefois il est des points sur lesquels il nous permettra d'insister.

Notre expérience, en cette matière, date de loin : Noël Pascal, le fervent adepte et le successeur de Louis Fleury, avec qui nous avons collaboré (1861 à 1864) à la *Médecine contemporaine*, suite du journal l'*Hydrothérapie* d'Emile Duval et fondé en 1865 le *Mouvement médical*, était sujet à des congestions pulmonaires violentes avec hémoptysies abondantes qu'il traitait, un peu à notre stupéfaction, par les *douches froides*. L'année suivante, étant interne à la Salpêtrière, nous avions pour collègue notre ami Laburthe, un enthousiaste de l'*hydrothérapie* et de la *gymnastique*. Ce furent nos initiateurs et, à partir de 1866 jusqu'à ce jour, nous n'avons cessé de recourir à l'hydrothérapie pour nous et d'en conseiller largement l'emploi. C'est fort de notre expérience personnelle que nous avons mené une vigoureuse campagne au Conseil municipal de Paris (1), au Conseil général de la Seine (2), dans le *Progrès médical* pour l'organisation de services balnéo-hydrothérapiques dans tous les hôpitaux et hospices de Paris. Elle a été fructueuse.

Dans notre service, depuis 1879, nous faisons un large emploi des bains et des douches. Il a été donné en 1904, 28.571 bains (sans compter les bains administrés à l'infirmerie, au pavillon des contagieux, au bâtiment des enfants invalides), 5.370 bains de pieds et 61.350 douches froides en jet en éven-

(1) 1876. Vœu au Conseil municipal demandant : 1° la construction de services balnéaires et hydrothérapiques dans tous les établissements hospitaliers où ces services sont insuffisants ; 2° que les malades externes soient autorisés à prendre des bains et des douches à l'hôpital. 1877. Rapport sur la reconstruction des bains externes de l'hôpital Saint Louis, et *Progrès médical*, 1877, p. 549.— 1880. Rapport sur l'hôpital du Midi, n° 63, p.17.— Construction d'un service balnéo-hydrothérapique à Saint-Antoine.— 1881. Nouveau rapport sur les bains de St-Louis.— 1882. Rapport sur la reconstruction des bains de l'hôpital de Lourcine, n° 52.— Rapport sur la construction d'un service balnéo-hydrothérapique à la Salpêtrière, n° 60. — Rapport sur la reconstruction du service des bains et d'hydrothérapie à l'hôpital Laennec, n° 66. — Installation à l'Asile clinique d'un service de bains et d'hydrothérapie destiné aux malades externes qui viennent à la consultation de l'asile. Citons encore le service de bains et de douches de notre section de Bicêtre. De plus, chaque année de 1877 à 1882, inclusivement, lors du vote du budget de l'Assistance publique nous avons demandé au Conseil municipal le renouvellement de notre vœu relativement à la création de services balnéo-hydrothérapiques capables de desservir largement tous les établissements hospitaliers et de faire face aux besoins du *traitement externe* et de donner des *bains aux enfants pauvres des écoles*. (Rap. n° 66, p. 8, 1882.)

tail seul ou avec la pluie, sans compter les bains de siège et les douches locales.

Nous avons recours à l'hydrothérapie dans l'*épilepsie* comme agent général, pour prévenir les lésions cutanées, éviter le bromisme (1), pour combattre l'*incontinence d'urine* (douche locale et générale), l'*onanisme*, le *gâtisme* (érythème, éruptions papuleuses ou pustuleuses), les lésions du *décubitus*, les *bronchites chroniques*, la *tuberculose* au début, les accidents dus à la *scrofule*, au *lymphatisme*, les *troubles circulatoires* (engelures, gonflement des pieds et des mains, etc.), nous y avons recours aussi dans les entorses, les fractures (douches locales et massage), chez les enfants atteints de *méningites chroniques* (douches en pluie sur la tête pendant 15 à 20 secondes suivies d'une douche générale en jet. Dans les cas de *folie de l'adolescence*, principalement dans la dépression mélancolique, etc., etc.

Il serait bien à désirer que, dans leurs rapports, nos collègues des asiles donnent la statistique des bains et des douches et que, à l'exemple des médecins de l'étranger, ils usent largement de ces moyens thérapeutiques. Déjà, ils en donnent plus souvent que dans beaucoup d'hôpitaux, mais certainement dans une proportion trop restreinte. « Les applications hydrothérapiques sont délicates, vient de nous dire M. Pailhas, c'est pourquoi nous répugnons à les employer davantage. »

A quoi cela tient-il ? Aux appareils défectueux, aux installations imparfaites, comme celles que nous avons vues hier à l'asile de Lehon ; comme elles le sont dans un grand nombre d'hôpitaux et d'asiles — nous faisons exception pour les établissements balnéo-hydrothérapiques organisés et dirigés par des médecins spéciaux, tel le bel établissement thermal de Vichy, etc. Pour que les douches procurent les effets thérapeutiques qu'on est en droit d'en attendre, il faut que les installations soient faites dans les conditions particulières, par exemple suivant les règles indiquées par Louis Fleury dans son beau *Traité* et en tenant compte des progrès réalisés, s'il y a lieu.

Cela tient aussi à ce que l'*enseignement de l'hydrothérapie* est à peu près nul. Trop souvent les médecins prescrivent des douches sans se préoccuper comment elles seront données, sans fournir aucun renseignement aux doucheurs. Et ceux-ci sont ignorants, ce qui ne les empêche pas d'avoir des prétentions, de s'imaginer en savoir plus que les médecins.

Les médecins, de leur côté, ont le devoir d'étudier avec soin l'hydrothérapie, ses procédés, ses indications, d'administrer

(1) L'un de nos élèves, P. Bricon, a exposé, dans sa thèse, notre *pratique hydrothérapique*, dès 1882.

eux-mêmes le plus souvent possible, les douches, de dresser leurs internes, leur infirmiers. C'est ce que nous faisons nous-mêmes depuis une vingtaine d'années dans notre service. Après avoir borné nos leçons à notre personnel, nous les avons étendues aux élèves de l'école d'infirmières et d'infirmiers de Bicêtre. Puis, nous avons fait venir les baigneurs ou baigneuses de la Salpêtrière, de la Pitié, et de Lariboisière, chargés des leçons de douches et de bains aux élèves de ces établissements. Eux aussi étaient ignorants, donnaient fort mal les douches : personne ne les avait conseillés. Enfin depuis plusieurs années un grand nombre d'élèves libres sont venues par séries assister à nos leçons et, devant nous, administrer elles-mêmes les douches (1).

Nos confrères de l'armée paraissent s'intéresser au traitement hydrothérapique et à son application scientifique. Nous avons appris récemment que le directeur du service de santé du 10e corps d'armée avait envoyé deux infirmiers de l'hôpital militaire de Rennes au Val-de-Grâce pour suivre les cours théoriques et pratiques de douches et de massage. On ne peut que l'en féliciter et souhaiter que les directeurs du service de santé des autres corps d'armée imitent son exemple.

Notre but n'est pas de faire de tous des doucheurs et des doucheuses, mais de leur faire comprendre en quoi consistent les douches, de les mettre en mesure de renseigner leurs malades, de les persuader qu'il s'agit là d'un traitement très simple, sans inconvénient quand il est bien appliqué, que les enfants eux-mêmes s'y soumettent sans la moindre difficulté. En agissant ainsi, nous croyons rendre service et aux médecins qui trouveront dans nos gardes-malades des auxiliaires pour les aider à vaincre les résistances de leurs clients et aux malades.

Ces leçons, qui ont été si sottement critiquées il y a deux ans dans un article plein d'erreurs et de fiel de la *Revue des Deux Mondes*, ont été très goûtées des élèves. Leur affluence en est la preuve (2).

Ce n'est pas sans résistance que nous sommes arrivé à quelques résultats. Fonctionnaires, employés, sous-employés, qui n'ont pas eu besoin de douches, s'imaginent de bonne foi qu'aucun enseignement n'est nécessaire, qu'il suffit d'ouvrir

(1) Il y a eu cette année, en outre de celles données au personnel de Bicêtre, une trentaine de leçons ; 152 élèves libres ; 54 infirmières de la Salpêtrière ; baigneur et baigneuse de la Pitié et de la Salpêtrière ; baigneur de Lariboisière.

(2) Après la *leçon de douches*, les élèves assistaient à une leçon de *vaccination*, la pratiquant elles-mêmes, puis à une leçon *de coupe de cheveux* et de *rasement*. (Rappelons à ce propos que depuis 1880 nous vaccinons tous nos nouveaux malades et ceux qui sont dans le service depuis 6 à 7 ans.)

des robinets, de promener un jet d'eau sur le corps et c'est tout. Or c'est là une question absolument médicale. Quand on admet un nouveau doucheur dans un hôpital, on devrait en prévenir les médecins qui, eux, ont le devoir de fournir à l'apprenti les indications nécessaires, de s'assurer s'il a les aptitudes nécessaires, de faire un choix, car il y a des infirmiers qui ne doucheront jamais bien, parce qu'ils ont la main dure. C'est parce que la plupart des doucheurs sont ignorants, ne connaissent pas les inconvénients et même les dangers d'une douche mal administrée qu'ils ne cherchent pas à se renseigner.

Nous terminerons par une citation :

« Ce qui manque à l'hydrothérapie, a écrit Louis Fleury, le véritable créateur de l'hydrothérapie scientifique (1), c'est un personnel instruit et expérimenté ; or, ce personnel ne se formera que du jour où les administrations, les gouvernements, comprendront, enfin, la nécessité d'instituer dans les hôpitaux des cours de clinique hydrothérapique, dans lesquels les élèves, internes et externes, seraient exercés au maniement des appareils sous la direction du maître. Ce jour viendra sans doute.., mais il n'est pas encore venu. — Espérons des temps meilleurs. »

Il y a de cela *quarante ans* et le jour n'est pas encore venu !

M. Dide (Rennes). — Quand je suis allé visiter le service de Krœpelin, j'avais une idée préconçue contre sa méthode. Je n'ai constaté rien qui pût motiver ces réserves. J'ai même constaté que chez un malade mis au bain continu avec une escharre, celle-ci était en voie de guérison.

Comme thérapeutique, il faut bien l'avouer, cette méthode n'a pas donné de résultats. Elle ne guérit pas la folie. Sans cela elle s'imposerait à tous les aliénistes de tous les pays.

En revanche, elle réussit très bien contre l'agitation et la fait disparaître ; elle présente, à ce point de vue, une supériorité réelle. Malheureusement, elle demande un effort pécuniaire extraordinaire.

Quant aux brutalités, je n'en ai pas vu de traces.

M. Régis. — On se désintéresse trop, dans les asiles, de la balnéation, on ne la surveille pas assez, parce qu'on ne la connaît pas suffisamment. Aussi je voudrais qu'au concours de l'adjuvat on exigeât des candidats la preuve de leurs connaissances en balnéothérapie et en électrothérapie.

M. Drouineau (inspecteur général). — Je croyais, jusqu'à présent, que toutes ces matières faisaient partie du bagage scientifique du médecin, et il me semble qu'on va trop loin

(1) *Traité thérapeutique et clinique d'hydrothérapie*, 1866, p. 224.

en demandant de faire porter sur ces points les épreuves du concours. Dans les asiles, un certain nombre d'appareils très bons, très coûteux, s'abîment sans être utilisés, et cela parce que les chefs de service n'ont pas sur ce point les mêmes idées que les médecins qui ont fait acheter les appareils en questions. Le rapporteur a insisté avec raison sur l'emploi hygiénique de l'hydrothérapie, et il a bien fait, car avec les organisations actuelles, la propreté des malades est difficilement réalisable.

M. Crocq (Bruxelles). — Dans notre pays, sous l'influence des idées allemandes, la balnéation continue s'est implantée, et ce que j'en sais me fait partager le fond des idées très sages émises par M. Christian. Transformer cette méthode en une règle absolue est certainement un abus.

Comme M. Dide, je n'ai pas vu d'agités ; mais vous savez bien que, quand on visite un asile, on ne montre pas les agités, même quand on insiste. Et je sais tel asile où ils sont attachés dans une cave.

Si l'on veut apprécier la méthode, il n'y a qu'un moyen : l'appliquer soi-même dans son service.

M. Doutrebante (Blois). — Combien y a-t-il de malades dans le service de Krœpelin.

M. Dide. — Environ 200.

M. Doutrebente. — Dans ces conditions les agités sont rares, car il suffit de diminuer l'effectif d'un service pour y atténuer considérablement la proportion des agités, qui, du reste, se trouvent surtout parmi les nouveaux.

M. Dide. — Justement le service de Krœpelin comprend exclusivement des aigus, qui se renouvellent constamment.

M. Lallemand (Rouen). — Comment les malades peuvent-ils se renouveler fréquemment s'ils restent dix-huit mois dans le bain ?

M. Deny. — Le service de Krœpelin est un service d'enseignement ; par conséquent, il ne reçoit que des aigus et les garde peu de temps. La méthode des bains continus qui est visée en ce moment, je ne l'ai pas appliquée dans toute sa rigueur, en raison de l'impossibilité pratique où je me suis trouvé de faire la balnéation pendant la nuit. Mais pendant six mois j'ai tenu des malades au bain, de huit heures du matin à huit heures du soir, et cela sans le moindre inconvénient. Il est incontestable que la méthode agit très efficacement sur l'agitation et la fait disparaître. Mais son application est horriblement coûteuse ; il faut équipes de jour, équipes de nuit, etc. De telle sorte que, si on veut l'essayer en France, il faudrait se contenter de l'installer dans un seul service.

Une observation de troubles mentaux liés à l'existence de lésions chroniques du rhino-pharynx.

Drs Royet et Rousset. — Le malade qui a fait l'objet de cette observation a présenté à la suite de lésions du rhino-pharynx consécutives à des accidents syphilitiques secondaires de cette région les troubles mentaux le plus habituellement observés au cours des maladies du cerveau et du nez : une grande difficulté à fixer l'attention, un retard marqué de l'apparition des images de mémoire et en général de toute opération intellectuelle, un état d'anxiété marqué. Sur ce canevas sont venus se broder d'autres troubles délirants ou des interprétations erronées qui ont amené plusieurs tentatives de suicide. Le traitement du rhino-pharynx a fait disparaître tous ces accidents.

Balnéation et gâtisme volontaire. (Dr Manheimer-Gommès).

Le prochain congrès se réunira le 1er août 1906, à Lille. *Président* : M. le Prof. Grasset (de Montpellier) ; — *Secrétaire général* : M. le Dr Chocreaux, médecin en chef de l'asile de Bailleul (Nord). — *Questions proposées. Psychiatrie* : Etude cytologique, bactériologique et expérimentale du sang chez les aliénés ; rapporteur : M. Dide. — *Neurologie* : Le cerveau sénile ; rapporteur : M. Léri. — *Médecine légale* : La responsabilité des hystériques ; rapporteur : M. Antheaume.

Séance du 5 *août.* — Présidence de M. Giraud.

9 heures : Visite à l'asile d'aliénés de Rennes. — A 10 h. 1/2 : Séance de communications dans la salle des fêtes de l'asile.

M. Bourdon et le Dr Castex présentent des appareils.

Note sur le traitement de la crise d'épilepsie.

Dr J. Sizaret (médecin en chef de l'Asile d'aliénés de Rennes). — L'examen de l'épileptique en crise révèle bien souvent qu'il y a, sous l'influence convulsive, un degré parfois très prononcé d'occlusion de la trachée ; ce phénomène, privant le patient d'air respiratoire, a pu être considéré comme principal producteur de l'attaque ; mais tout en reconnaissant qu'il joue un certain rôle, nous devrons le placer au second plan, en faire un effet plutôt qu'une cause de l'accès. M. le professeur Joffroy a assimilé par comparaison les effets de la pendaison à ceux de l'attaque épileptique, en raison des analogies présentées : morsure de la langue, convulsions, perte des urines, amnésie rétro-antérograde, etc. C'est l'interruption brusque de la nutrition de l'encéphale qui paraît en cause, comme pour les convulsions succédant aux grandes hémorrhagies, auxquelles Paul Bert avait trouvé pour cause

l'*anoxhémie*. En outre, l'accumulation d'acide carbonique dans le sang a une action excitante ; l'action toxique de l'oxyde de carbone amène également des phénomènes convulsifs.

M. le Dr Dide a eu, en 1898, l'idée de provoquer des convulsions en mettant des corps puissants réducteurs chimiques (par exemple le sulfure d'ammonium et le bisulfite de soude) en contact avec les circonvolutions cérébrales. Des convulsions ont apparu ; puis le nombre des globules a beaucoup augmenté, en même temps que ceux-ci s'altéraient dans leur forme (aspect crénelé). La connaissance de certaines des théories sur la pathogénie de l'épilepsie brièvement retracées plus haut, l'aspect d'asphyxie lamentable de l'épileptique en crise m'ont donné l'idée d'essayer un traitement de l'attaque.

Appelé précipitamment auprès de l'un de nos vieux pensionnaires âgé de 50 ans, à l'asile depuis 1873, menacé d'asphyxie au cours d'une crise violente faisant partie d'une série comme il en avait souvent, j'étais accompagné précisément du Dr Dide et de notre interne, M. Durocher. Le malade était étendu chez lui, les liens des vêtements parfaitement desserrés, la figure violacée, la bouche et le nez souillés ou remplis de bave, les yeux vitreux, le pouls irrégulier, les extrémités froides, en état d'asphyxie imminente. Je fis immédiatement chercher un ballon d'oxygène et lui introduisis entre les lèvres la canule du tube ; à peine le robinet fut-il ouvert, à peine les inhalations, activées par des pressions sur le ballon, eurent-elles été commencées que le malade se ranima, les yeux reprirent l'aspect de la vie, le malade se mit sur son séant et chercha à frapper les gens qui l'entouraient : c'est un vieux dément, toujours désagréable et violent. Il fallut le maintenir soigneusement ; nous essayâmes de lui faire une saignée ; cela nous fut impossible tant il se débattait. La crise était bien arrêtée et ne reparut plus.

J'ai eu l'idée, à la suite de cet essai de l'oxygène, de traiter par des inhalations du même gaz des accès subintrants chez un malheureux enfant âgé de 13 ans, entré depuis quatre ans à l'asile, idiot, sujet à des crises qui sont parfois très nombreuses (jusqu'à 200 par mois) ; les crises cessent de suite, le petit malade se calme et sa santé générale, bien précaire, paraît se maintenir.

Dans le service des femmes, plusieurs malades ont été également soumises aux inhalations d'oxygène pendant des crises menaçantes. Nos essais paraissent très encourageants et sont poursuivis attentivement.

Je puis en tous cas dire que l'emploi des inhalations d'oxygène (emploi qui, bien entendu, paraît tout à fait inoffensif), fait rapidement cesser la crise d'épilepsie.

Diagnostic de la démence précoce à forme paranoïde et des psychoses à base d'interprétations délirantes sans évolution démentielle.

MM. les Drs A. Durocher et A. Leborgne (de Rennes). — Au début de ce travail, nous admettrons tout d'abord, avec notre maître, M. le professeur Dide, dans la classe des psychoses à base d'interprétations délirantes : 1° le groupe des persécutés persécuteurs ; 2° le groupe des persécutés persécuteurs amoureux ; 3° celui des mégalomaniaques d'emblée ; 4° le groupe des délires systématisés plus ou moins hallucinatoires sans évolution démentielle.

Il nous a paru intéressant de rechercher quelles différences pourraient séparer la démence précoce à forme paranoïde de ces psychoses à base d'interprétations délirantes, et quels signes pourraient servir à établir dès le début le diagnostic entre ces formes de maladie mentale. En effet, le diagnostic de deux psychoses si différentes dans leur évolution doit pouvoir, suivant nous, se faire aux différentes périodes de ces maladies. Nous avons classé en trois groupes principaux les signes que nous croyons distincts de la démence précoce à forme paranoïde.

1° Parmi les phénomènes mentaux, l'abolition des sentiments affectifs est complète dès le début chez tous les paranoïdes ; ils n'ont plus aucune notion de la famille, dont ils ne parlent jamais, tout leur est indifférent, ils n'ont plus d'émotions, plus de larmes. Cette indifférence se manifeste aussi dans leur tenue, le plus souvent incorrecte et ils semblent avoir perdu le sentiment de leur dignité. La confusion dans les idées arrive assez vite et en même temps apparaît la désorientation dans le temps.

2° Parmi les phénomènes sensoriels, les hallucinations auditives surviennent dès le début, puis s'installent les hallucinations psycho-inhibitrices, psycho-motrices et psychiques. On note également une diminution de la sensibilité au contact et à la piqûre, une diminution de la symbolie tactile et de la perception stéréognostique.

3° Les symptômes physiques que le professeur Dide a classés sous le nom général de « dermato-psychies », l'insuffisance hépato-rénale, les phénomènes catatoniques et d'opposition, la stéréotypie dans les gestes et dans les paroles s'observent d'une façon constante chez ces mêmes malades, au moins à une période de leur maladie.

Enfin l'évolution même de ces deux psychoses nous paraît un élément de diagnostic un peu plus tardif, il est vrai, néanmoins excellent : la démence précoce à forme paranoïde évolue en quelques années et les malades ayant parcouru les

stades de cette psychose arrivent à une démence complète. De plus, ces malades, si dangereux parfois au début, à la suite des hallucinations nombreuses que nous avons signalées plus haut et dont ils sont victimes, deviennent inoffensifs en même temps que disparaissent leurs hallucinations.

En résumé, nous dirons que la démence précoce à forme paranoïde se distingue très facilement du délire des persécutés persécuteurs : chez ceux-ci, pas d'hallucinations, pas d'évolution délirante.

La distinction est également facile avec les mégalomaniaques, qui arrivent très rapidement et sans hallucinations, par de simples constructions intellectuelles faites sur des interprétations délirantes, aux idées de grandeur.

Le diagnostic mérite d'être fait d'une façon plus serrée pour les délires systématisés hallucinatoires sans évolution démentielle : il se basera sur la non-existence d'hallucinations psychomotrices et psycho-inhibitrices, d'hallucinations psychiques, de signes physiques (dermato-psychies — insuffisance hépato-rénale — phénomènes stéréotypés et catatonie) et sur la conservation des sentiments affectifs et l'intégrité de l'intelligence.

Tics des sphincters ;

Henri Meige (de Paris). — Les muscles sphinctériens sont localisés dans des régions du corps où l'on constate une extrême délicatesse des terminaisons sensitives (conjonctives palpébrales, muqueuse labiale, orifice glottique, muqueuses uréthrale et rectale).

Or, les tiqueurs sont toujours à l'affût de toutes les sensations internes ou périphériques, pour y répondre par des actes musculaires excessifs ; on comprend que les tics des muscles sphinctériens soient fréquents.

Chez un jeune homme de 19 ans, le frôlement des cheveux fut l'origine d'un tic des muscles auriculaires et d'un tic de plissement du front ; la pression légère des bretelles détermina un tic des épaules ; la compression de la ceinture du pantalon a été l'origine de tics du diaphragme et des muscles abdominaux ; le frottement du col lui donna des tics du cou, les oscillations du chapeau, des tics de hochement, etc., etc. Enfin, ce malade avait plusieurs tics sphinctériens ; clignement des paupières, pincement des lèvres, bruits glottiques et des tics des sphincters uréthral et anal.

Si les tiqueurs nous frappent surtout par le déséquilibre de leurs fonctions motrices, leurs accidents convulsifs ne sont souvent que des phénomènes secondaires dont le point de départ doit être recherché dans un *déséquilibre sensitif.* On ne

constate objectivement aucun trouble en plus ou en moins des sensibilités. Il s'agit donc bien d'un désordre d'origine centrale.

On doit corriger les mouvements convulsifs par une discipline psycho-motrice appropriée; il est utile également de soumettre les malades à une *discipline psycho-sensitive* ayant pour but de leur apprendre à interpréter sainement leurs sensations, quelles qu'elles soient, à n'y pas répondre inopportunément, ou du moins à savoir y proportionner leurs réactions motrices.

Essai de classification des maladies mentales.

Dr Maurice DIDE. — Dans mon cours, j'ai été amené à adopter une classification des maladies mentales que je soumets à l'appréciation de mes confrères. Elle diffère de la plupart de celles qui ont été publiées jusqu'aujourd'hui, en ce sens que, tenant compte de l'évolution des maladies, elle vise surtout à être pathogénique. Ma conception des psychoses toxi-infectieuses n'est peut-être pas aussi révolutionnaire qu'elle peut le sembler et l'on trouve l'indication de la voie dans laquelle je me suis lancé dans les œuvres récentes de Régis. J'ajouterai que ce n'est plus actuellement une vue de l'esprit puisque j'ai constaté l'existence de microbes dans le sang des psychoses hallucinatoires à évolution chronique. L'importance pathogénique de cette constatation pourrait seulement être discutée, et, si je n'ai pas hésité à rapprocher la démence précoce hébéphréno-catatonique des confusions mentales aiguës, c'est que l'analogie symptomatique est manifeste et que, d'autre part, la démence paranoïde ne peut se séparer des formes hébéphréno-catatoniques.

- I. *Etats congénitaux.*
  - Agnésies psychiques..........
    - Idiotie.
    - Imbécillité.
    - Débilité mentale.
    - Débilité morale.
    - Obsédés impulsifs.
  - Psychoses à base d'interprétations délirantes......
    - Persécutés persécuteurs...
      - processifs.
      - hypochondriaques.
      - amoureux.
    - Mégalomanes.
    - Inventeurs réformateurs.
    - Systématisés progressifs.
  - Exagération d'états affectifs. . .
    - Manie aiguë.
    - Manie chronique (manie raisonnante).
    - Mélancolie simple aiguë.
    - Mélancolie chronique.
    - Folie intermittente.
  - Agénésie thyroïdienne..... ..
    - Myxœdème congénital.

II. *Dystrophies acquises.*	Dystrophie thyroïdienne	Myxœdème spontané de l'adulte.
	Dystrophie par involution sénile.	Agitation maniaque. Mélancolie délirante. Délire de préjudice.
	Dystrophie vasculaire	Artério-sclérose cérébrale (sénile (dém. sénile) alcoolique
	D. par lésions cérébrales circonscrites	Agnosies.
	D. par lésions cérébrales diffuses	Paralysies générales. Méningo-encéphalite infantile (pseudo-hébéphrénique ou précoce.)
	D. liées à la puberté	Démence précoce simple (idiotie acquise de Morel).
III. *Psychoses infectieuses.*	Chroniques......	Psychoses hallucinatoires à évolution démentielle plus ou moins rapide (d. p. paranoïde). Maladie de Khalbaum (d. p. hébéphrénique et catatonique).
	Subaiguës.......	Confusion mentale.
	Aiguës..........	Délire épileptique. Délire de collapsus. Délire aigu. Délire alcoolique aigu. Délire alcoolique subaigu (délirium tremens). Délire des maladies fébriles.

Dans une autre communication, j'insiste sur les symptômes et la pathogénie des délires systématisés progressifs.

Signes oculaires dans la démence précoce.

MM les Drs Dide et Assicot. — *Troubles réflexes pupillaires.* — Nous distinguons trois catégories :

1° Dans un premier groupe de malades, peu nombreux, on note un affaiblissement et même une absence totale des deux réflexes, à la lumière et à l'accommodation.

2° Plus souvent une dissociation contraire au signe d'Argyll, c'est-à-dire diminution ou abolition du réflexe d'accommodation avec conservation du réflexe lumineux.

3° Une fois, nous avons rencontré le signe d'Argyll Robertson vrai, c'est-à-dire l'abolition complète du réflexe à la lumière et conservation du réflexe d'accommodation, abolition permanente et fixe, s'accompagnant de myosis et de l'aspect de l'œil tabétique. — Mais très souvent, nous avons observé un trouble intéressant de la réflectivité pupillaire consistant en une diminution ou une abolition *passagère* du réflexe lu-

mineux. Plusieurs examens successifs nous ont montré chez un même malade des variations très nettes dans les réactions de la pupille à la lumière. De plus, chez ces malades, il a été exceptionnel de noter l'inégalité pupillaire, les déformations pupillaires, le myosis, l'aspect spécial de l'œil tabétique qui sont classiques dans le tabes. — Il s'agit donc là d'une modalité pathologique du réflexe lumineux bien distincte du signe d'Argyll, qui est un symptôme fixe et permanent.

LÉSIONS DU FOND DE L'ŒIL.

Les formes des lésions du fond de l'œil que nous avons trouvées chez nos malades peuvent être rangées sous trois chefs :

1° *Hyperhémie pupillaire*, consistant en une congestion veineuse plus ou moins notable, les veines sont dilatées et tortueuses. Les artères ne nous ont pas paru présenter de modification appréciable.

2° Moins fréquemment, se présentant soit d'emblée, soit succédant à l'aspect ophtalmoscopique précédent, une décoloration pupillaire avec rétrécissement des vaisseaux, décoloration souvent limitée au côté temporal de la pupille à l'image droite. — Dans un ou deux cas, il nous a semblé que cette décoloration peut aller jusqu'à donner l'aspect de la pupille grise tabétique.

3° Enfin, exceptionnellement, nous avons noté une véritable névrite optique avec hyperhémie de la pupille qui se confond avec le reste du fond de l'œil et traînées exsudatives le long des artères.

Nous devons insister d'une part sur la bilatéralité et les modifications de l'aspect ophtalmoscopique suivant l'époque où on examine le malade. — Certains malades, chez lesquels nous avons observé à une certaine époque de la congestion veineuse nette, nous ont fait voir quelques mois plus tard un aspect décoloré et grisâtre de la pupille tout différent du premier examen.

Sur quelques propriétés du sérum sanguin dans la démence précoce ; disette d'alexine ; présence de sensibilisatrices microbiennes.

MM. les docteurs M. Dide et E. Sacquépée. — I. — La présence gnalée antérieurement, d'espèces microbiennes diverses dans le sang des sujets atteints de démence précoce, permet de se demander si cette invasion microbienne n'est point facilitée par quelque anomalie organique. En particulier, il est indiqué de vérifier la teneur du sérum sanguin en alexine, dont

les relations étroites avec les propriétés bactéricides normales des sérums frais sont évidentes.

La recherche est faite à l'aide d'une sensibilisatrice de lapin, active sur les hématies du bœuf ; on admet, en principe, conformément aux idées de Bordet, que les diverses alexines sont équivalentes.

En opérant par comparaison avec des sérums normaux ou pathologiques divers, on constate que les sérums des déments précoces renferment beaucoup moins d'alexine que les sérums témoins.

La disette d'alexine revendique sans doute une part dans la genèse des septicémies si fréquentes au cours des démences précoces. On peut aussi lui soupçonner quelque intérêt pathologique d'ordre plus général, que tenteront de *préciser des recherches ultérieures.*

II. — La constatation fréquente d'espèces microbiennes dans le sang permet d'affirmer l'existence d'une infection, que celle-ci se traduise ou non par les symptômes habituels des infections. Toutefois, il est bon de vérifier cette donnée fondamentale par la recherche des propriétés spécifiques des sérums à l'égard des microbes rencontrés ; il est utile aussi de chercher ces mêmes propriétés dans le sérum de malades dont le sang n'a pas été ensemencé, ou bien, dont l'ensemencement n'a pas donné les espèces microbiennes soumises à l'épreuve.

Deux microbes ont été essayés : 1° bacille ne prenant pas le Gram ; 2° staphylobacille. La recherche a été effectuée par le procédé de Bordet et Geugon ; on s'est assuré au préalable que les microbes précédents n'absorbent pas l'alexine, et que les sérums normaux ne renferment pas de sensibilisatrice spécifique.

On a constaté ainsi que les sérums des déments précoces renferment une sensibilisatrice active sur les deux microbes soumis à l'épreuve. Cette sensibilisatrice existe dans les 3/4 des cas, même dans ceux où l'hémoculture était restée négative.

De ces faits on peut conclure que, dans la démence précoce :

1° Le bacille et le staphylobacille étudiés provoquent une réaction spécifique des sérums, stigmate d'infection : ils sont donc réellement infectants ;

2° Leur intervention est très fréquente, bien que non constante.

Un cas de gastrite hystérique traitée par la psychothérapie ; par Mme le Dr Lipinska.

Midi.

Déjeuner offert par l'Administration. Au dessert M. Janvier, membre de la commission de surveillance, président du banquet, prend la parole. Lui succèdent : MM. Drouineau, Giraud, Crocq, Sizaret, Bourneville.

Séance du samedi 5 *août* (*soir*).
Présidence de M. Giraud.

Le Président lit un télégramme du Professeur Grasset, qui remercie le Congrès de Rennes de l'honneur qu'il lui fait, et accepte la présidence du Congrès de Lille.

Observation de troubles mélancoliques d'origine rhino-pharyngienne. — Dr Rozet.

Observation de vertige. — Discussion : Dr Regis.

Concours de l'adjuvat des asiles.

Le Dr Dide, médecin-adjoint de l'asile de Rennes, formule le vœu suivant : Le Congrès de Rennes, considérant que le concours unique, tel qu'il fonctionne actuellement, donne toutes les garanties et assure d'une façon complète dans tous les asiles de France le recrutement du corps médical, émet le vœu que ce concours soit conservé dans les conditions actuelles.

Après une discussion à laquelle prennent part, MM. les Drs Brousse, président du Conseil municipal de Paris, Régis, Doutrebente, Drouineau, Manheimer-Gommès, etc., le vœu de M. Dide est adopté à une très grande majorité. Cette discussion sera probablement publiée dans les *Archives de Neurologie.*

Hémiplégie intermittente d'origine albuminurique chez une fillette.

Dr Manheimer-Gommès.—Observation d'une fillette de hui ans, atteinte de scarlatine à l'âge de trois ans, mais très bien portante depuis, atteinte brusquement d'une monoplégie brachio-aurale gauche. Guérison. Retour de la paralysie quelques mois après suivi encore de guérison. Chaque fois, les urines contiennent de l'albumine, alors qu'elles n'en contiennent pas dans les intervalles.

La cause occasionnelle de la première attaque est rapportée à un effort : la fillette, à l'école, s'est retenue très longtemps avant d'uriner.

Il semble bien que dans ce cas, on ait affaire à de l'œdème cérébral. Les paralysies transitoires des urémiques, et, à plus forte raison des albuminuriques simples sans aucune trace de désordres généraux, comme la malade de notre observation,

doivent être, à notre avis, attribués, moins à l'intoxication calculaire pyramidale, comme le veulent certains auteurs, qu'à un trouble mécanique de congestion passive, favorisé d'ailleurs par la dyscrasie sanguine.

MM. MARIE et BONNET résument l'évolution suivie en France par le développement de l'*Assistance familiale*. Ils montrent que les colonies familiales, tout d'abord prévues comme colonies de repos en raison de leur population initiale de déments simples, appellent la solution de la question de l'organisation du travail des aliénés adultes valides placés en famille, si l'on ne veut pas que, particulièrement pour les hommes, l'oisiveté entraîne là ses inconvénients ordinaires. Ils étudient, par comparaison avec les pratiques étrangères, le contrôle du travail au profit des nourriciers et sa rétribution, la question du travail pour et par l'administration de la Colonie, ainsi que l'institution d'ateliers spéciaux ouverts aux assistés (entreprises privées) pour éviter la concurrence à la main-d'œuvre locale. L'éducation spéciale des infirmiers nourriciers ainsi que les extensions nouvelles de l'Assistance familiale aux convalescents et aux enfants arriérés sont également étudiées.

MM. les D[rs] MOREL (de Mons) et A. MARIE (de Paris) présentent une étude historique et comparative des méthodes et programmes divers d'éducation spéciale du personnel infirmier des asiles d'aliénés. Ils montrent le nombre croissant des écoles spéciales en Amérique et en Europe ainsi que la progression du nombre des élèves diplômés et qualifiés. Le rôle des femmes infirmières dans les services d'hommes est étudié dans ses applications les plus intéressantes faites en Amérique et en Hollande par le D[r] Dewenter (Merenberg). L'instruction spéciale des personnes chargées de la surveillance en famille est également esquissée d'après les pratiques de la Belgique, de l'Angleterre, de l'Allemagne et de la Hollande.

L'incoordination des muscles de la respiration chez les ataxiques et son traitement.

M. Maurice FAURE. — L'incoordination des muscles de la respiration chez les ataxiques ne semble pas avoir beaucoup attiré l'attention jusqu'ici, et l'on pourrait croire qu'il n'existe, chez ces malades, d'autres troubles respiratoires que les troubles laryngés. En réalité, il n'en est point ainsi et tous les muscles qui interviennent dans la respiration peuvent être atteints d'incoordination, d'atonie et d'asynergie, tout comme les muscles de la marche ou de la préhension. Les muscles de la respiration peuvent être divisés en trois groupes : 1°

les muscles moteurs du thorax proprement dits, qui en modifient les diamètres horizontaux, en relevant ou en abaissant les côtes ; 2° le diaphragme qui, en changeant de place et de surface, modifie les diamètres verticaux du thorax ; 3° les muscles intercostaux qui s'opposent par leur tonicité à la pression atmosphérique qui tend à déprimer le thorax lorsqu'il se dilate. Nous avons observé des troubles correspondant aux fonctions de ces trois groupes de muscles :

1° L'incoordination, ou le défaut de synergie des muscles élevateurs et abaisseurs des côtes immobilise la cage thoracique, ou l'empêche d'exécuter utilement les mouvements de la respiration costale ; 2° le défaut de tonicité du diaphragme fait qu'il est aspiré dans l'intérieur du thorax, au moment de l'inspiration ; ainsi le supplément d'appel d'air qui peut résulter d'une contraction normale de ce muscle est supprimé. D'autre part, la compression qu'il exerce sur les viscères abdominaux et d'où résultent la miction et la défécation, n'existe plus ; tout le mécanisme de l'effort est compromis ; 3° enfin, l'atonie des muscles intercostaux fait qu'au moment de l'inspiration les espaces sont déprimés, et qu'ils se gonflent dans l'expiration. Les conséquences de ces troubles sont : A) l'insuffisance respiratoire, avec la pâleur des téguments, le ralentissement de la nutrition générale, le manque de force et de vitalité qui en résulte ; — B) l'infection aiguë ou chronique des voies respiratoires avec les bronchites, les grippes, voire même la tuberculose ; — C) la paresse des fonctions digestives, la constipation, la gêne de la miction et tous les troubles abdominaux qui résultent de l'insuffisance diaphragmatique. Dans les cas légers, l'examen clinique ne révèle que l'amaigrissement, l'émaciation des masses musculaires thoraciques et les troubles respiratoires que nous venons d'énumérer. — Dans les cas graves, il se produit de véritables accès d'asphyxie, pendant lesquels la respiration est presque complètement supprimée. Ces accès dus à un état maximum d'incoordination sont absolument comparables aux accès paraplégiques de l'ataxique, momentanément incapable de se tenir debout, par suite d'une exagération de son incoordination habituelle. Ces accidents peuvent s'expliquer anatomiquement ainsi. La respiration est une fonction motrice qui ne peut exister qu'à la condition que les muscles du cou, du thorax, et de l'abdomen accomplissent leur fonction. Or, ces muscles, très nombreux, sont innervés par des rameaux des plexus cervicaux et brachiaux, — des nerfs dorsaux, — du spinal, — du plexus lombaire ; — par le pneumogastrique, le phrénique et les intercostaux. Les centres moteurs de ces nerfs sont échelonnés tout le long de la moelle, depuis le bulbe jusqu'aux lombes.

Sans contester l'existence d'un centre principal de la respiration siégeant dans le bulbe et mis en activité par l'influence du sang chargé d'acide carbonique, on doit admettre aussi des actions synergiques des centres moteurs que nous venons d'énumérer et dont les fonctions sont réglées, comme celles des autres centres moteurs, par des sensations musculaires, articulaires, etc. Il s'ensuit que les lésions tabétiques produisent l'incoordination du diaphragme, par exemple, ou des muscles intercostaux, exactement par le même mécanisme que l'incoordination des muscles postérieurs de la cuisse ou du jambier antérieur, c'est-à-dire en interposant un obstacle entre les centres moteurs médullaires et les régions qui adressent à ces centres les sensations qui règlent la motricité. Et l'étendue même des étages de la moelle occupés par les centres moteurs des muscles respiratoires montre que la fonction de la respiration doit être souvent entamée ou compromise chez les ataxiques.

Il est possible de traiter ces troubles moteurs par des exercices méthodiques. On peut objecter que si l'éducation des mouvements semble s'appliquer naturellement aux fonctions motrices de la vie de relation (qui sont toujours l'objet d'une éducation dans l'enfance), son action est moins facile à admettre lorsqu'elle s'exerce sur les fonctions de la vie de nutrition. Mais il suffit de rappeler combien les actions psychiques modifient la respiration pour comprendre que l'attention, la volonté, l'intelligence, pourront en ce cas, comme dans d'autres désordres de fonctions motrices, exercer une action curatrice prépondérante. Les muscles de la respiration ne sont-ils pas soumis à l'action de la volonté ? — Ne peut-on, à son gré et avec un peu d'entraînement, contracter isolément le diaphragme, les élévateurs des côtes, les abaisseurs, etc. ? — L'éducation sociale ne crée-t-elle pas des types artificiels de respiration, comme la respiration costale chez la femme (à cause du corset) et la respiration diaphragmatique chez l'homme ? — La gymnastique respiratoire, telle qu'on la pratique en Suède, par exemple, ne modifie-t-elle pas le mode, le rythme, l'amplitude, la profondeur de la respiration ? — Enfin, expérimentalement même, n'a-t-on pas démontré l'existence, chez le chien, de centres corticaux régulateurs de la respiration ?

Les résultats cliniques sont d'ailleurs évidents. L'attention, l'intelligence, la patience, la bonne volonté de l'ataxique bien guidée peuvent triompher des troubles que nous venons de décrire. Dans les cas que nous avons étudiés, des exercices élémentaires s'adressant systématiquement aux muscles incoordonnés, — suivis d'exercices de respiration mettant en

jeu des coordinations plus compliquées : — des massages, des courants faradiques, dirigés contre l'atonie et l'émaciation des muscles immobilisés par une longue oisiveté, ont permis de rendre à nos tabétiques la possibilité de respirer, tantôt avec le diaphragme, tantôt avec les côtes, alors que l'une ou l'autre respiration était, chez eux, abolie, ou que les deux étaient compromises. Après quelques semaines d'exercices, on voit s'améliorer, puis disparaître, les signes locaux d'incoordination respiratoire. Les infections bronchitiques banales, qui en étaient le résultat, disparaissent après quelques mois. Les fonctions digestives, la défécation et la miction deviennent plus aisées (par suite de la meilleure contraction du diaphragme). Enfin, la vie ne tarde pas à être plus active et les forces plus grandes, par suite d'une meilleure nutrition oxygénée, qui rend possibles un peu d'exercice physique, une alimentation plus considérable, etc. Ces résultats ne sont pas sans intérêt, car la cachexie et la mort, qui peuvent résulter de l'infection bronchique, de la grippe, et de la tuberculose, ne sont pas rares dans le tabes. C'est-à-dire que l'atonie et l'infection secondaire de la cavité respiratoire, pour être moins fréquentes chez le tabétique que l'atonie et l'infection secondaire de la cavité vésicale, n'en constituent pas moins un danger considérable.

Morphologie et constitution du plexus brachial chez le nouveau-né.

M. le Dr A Porot de (Lyon). — On admet que dans le plexus brachial de l'homme les divers troncs résultant de la fusion des racines s'organisent pour former un plan postérieur d'extension (tronc radio-circonflexe) et un plan antérieur de flexion (médian-musculo cutané et cubital) ; mais ce clivage de fibres n'est connu et ne devient apparent qu'au niveau de la portion tronculaire du plexus.

Par nos dissociations chez le nouveau-né, nous avons pu nous rendre compte que cette division est déjà très évidente dans la portion radiculaire. Chaque racine (surtout C^{V}, C^{VI}, C^{VII}), avant la constitution des troncs, se sépare déjà très nettement sur la fin de son parcours en deux faisceaux de fibres, faisceau antérieur et faisceau postérieur, simplement accolés et bien distincts sur la dernière portion du trajet radiculaire.

Les faisceaux postérieurs de C^{V}, C^{VI}, C^{VII}, par leur fusion, constituent le tronc radio-circonflexe qui vient renforcer le faisceau postérieur émané du tronc commun de C^{VIII}, et D_{I}. Les faisceaux antérieurs de C^{V}, C^{VI}, C^{VII}, forment par leur fusion le tronc commun du médian et du musculo-cutané (dit racine externe du tronc) que vient renforcer un gros faisceau

antérieur venu du tronc commun C^{VIII} et D^{I} (dit racine interne du médian).

Cette disposition est constante et nous l'avons trouvée sur tous les plexus de nouveau-nés que nous avons dissociés. Elle est un rappel de celle que Fürbringen a donnée comme constante chez beaucoup de vertébrés supérieurs ; la constitution du plexus brachial telle que nous l'avons trouvée chez le nouveau-né est à peu près calquée sur celle que Chemin a décrite chez le singe gibbon ; chez cet animal, Chemin a pu suivre l'accolement des fibres de flexion et des fibres d'extension dans la racine jusqu'au trou de conjugaison ; chez le nouveau-né on ne peut la suivre aussi loin. Chaque racine est donc mixte au point de vue fonctionnel et n'a pas la systématisation que voulaient lui prêter Ferriès et Yeo, P. Bert et Marcacci.

Peut-être aussi faut-il voir chez le nouveau-né un rapport entre cette simplification de structure du plexus et la simplification du mouvement et des attitudes (réduits à la simple flexion et à l'extension au moment de la naissance) ; la complexité du mouvement et la complexité de structure du plexus se poursuivent parallèlement au cours du développement de l'être humain, comme ils se poursuivent parallèlement dans la hiérarchie animale.

Folies intermittentes et épilepsie.

Dr F. Devay (de Lyon). — Les accès périodiques des folies intermittentes, de même que les troubles mentaux qui se substituent fréquemment aux accès épileptiques, présentent un caractère commun, celui de se répéter sous une forme presque invariable chez le même sujet. Cette constatation admise, on peut se demander si dans le cours d'une folie cyclique, il n'est pas possible de faire apparaître expérimentalement un ou plusieurs accès épileptiques qui remplaceraient l'accès d'agitation maniaque ou de dépression mélancolique.

Chez deux malades atteints de folie intermittente avec agitation maniaque, il a été possible, par l'intoxication belladonée, de faire naître le mal comitial, qui s'est superposé ou substitué à l'accès intermittent.

On peut donc établir entre ces deux affections un rapprochement qui permet d'interpréter les accès intermittents comme des équivalents de la crise épileptique. Comme celle-ci, l'accès est un phénomène de rappel dépendant d'intoxications variées.

Un cas d'hystérie simulant la sclérose en plaques et la syringomyélie.

MM. Parhon et Goldstein (de Bucarest). — Observation

anatomo-clinique d'un malade, âgé de 28 ans. Ses troubles ont débuté par des vertiges. Une fois, le vertige fut si fort que le malade tomba et perdit la conscience. Après son réveil, il constata une faiblesse de ses membres du côté gauche. A la suite d'un accident de voiture (le malade était cocher), son état s'aggrava et il commença à présenter du tremblement intentionnel, de la trépidation épileptoïde, avec exagération des réflexes, mais sans Babinski, de la diplopie, ainsi qu'une dissociation syringomyélique très nette du côté gauche. Une atrophie très prononcée se localisa de même, surtout de ce côté. L'examen anatomique permet dans ce cas d'éliminer absolument la sclérose en plaques et la syringomyélie.

La pathogénie de l'atrophie doit se rapprocher, dans de pareils cas, de celle qu'on observe dans les altérations cérébrales ou dans les sections transverses de la moelle.

Dans l'une ou l'autre de ces deux circonstances, l'atrophie est surtout la conséquence de deux facteurs : 1° les troubles vaso-moteurs ; 2° la perte du tonus musculaire. Cette dernière résulte à son tour de la suppression de l'influx nerveux venu des centres supérieurs et agissant sur les cellules de la corne antérieure. La suppression de cet influx produit, ainsi que nous l'avons montré récemment, des modifications structurales évidentes dans les cellules de la corne antérieure et, dans de pareilles circonstances, la réaction à distance est beaucoup influencée et la réparation de la cellule empêchée ou retardée. L'hystérie, bien que ne reconnaissant pas des lésions constatables par nos moyens d'aujourd'hui, doit mettre en action des mécanismes semblables pour produire l'atrophie musculaire.

Note anatomo-clinique sur un cas d'hémiplégie ancienne avec température plus élevée du côté paralysé.

MM. Parhon et Papinian (de Bucarest). — Nous revenons avec l'examen anatomo-pathologique sur le cas à propos duquel M. Ch. Féré a eu l'obligeance de présenter en notre nom une note à la Société de Neurologie de Paris (2 mars 1905). Ainsi que nous le faisions prévoir alors, l'étude du cerveau nous a montré une lésion de la couche optique. Dans une observation que MM. Gruner et Bertolotti ont publiée récemment et qui avait avec la nôtre de commun l'élévation de la température du côté atteint par les troubles moteurs, il existe également, outre les autres altérations, une lésion de la couche optique. Notre observation, ainsi que celle des auteurs italiens, montrent l'importance des altérations thalamiques dans la genèse des troubles de la sensibilité dans les lésions

sous-corticales du cerveau confirmant l'opinion de Déjerine et Long. Elles apportent encore la constatation d'un nouveau symptôme qu'on devrait chercher toutes les fois qu'on supposera une lésion de la couche optique. On arrivera peut-être à faire de ce signe un phénomène de déficit (ou d'excitation ?) du thalamus. Dans ce cas, il pourrait servir avec les troubles de la sensibilité (objectifs ou subjectifs, et peut-être avec certains troubles de la mimique à faire diagnostiquer une lésion de la couche optique.

Nouvelle contribution à l'étude des localisations dans les noyaux des nerfs craniens et rachidiens, chez l'homme et chez le chien.

MM. C. Parhon et Gr. Nadejde (Bucarest). — A la suite de l'étude de la moelle cervicale et de la région bulbo-protubérantielle d'un homme ayant souffert d'un cancer de la langue qui avait envahi encore la région mylo-hyoïdienne et avait déterminé une ulcération cutanée avec suppuration des muscles peauciers, sterno-mastoïdien, ventre postérieur du digastrique et stylo-hyoïdien, ainsi qu'à la suite de quelques recherches expérimentales sur le chien, nous concluons que : le sterno-mastoïdien tire son innervation motrice du groupe central des deux premiers myélatomes cervicaux.

Dans le noyau de l'hypoglosse, le groupe externe innerve les muscles de la région postérieure et externe de la langue ; le groupe antérieur innerve le muscle génio-hyoïdien.

Dans le noyau du facial, le second groupe neural sert à l'innervation motrice des muscles stylo-hyoïdien, stylo-glosse et du ventre postérieur du digastrique.

Dans le noyau du trijumeau, la branche mylo-hyoïdienne tire son origine réelle de la partie la plus inférieure du noyau et un peu plus haut de la partie interne de celui-ci. Le groupe postérieur du noyau de la cinquième paire innerve le muscle temporal. Ce qui reste encore de ce noyau donne les fibres motrices au masséter et aux muscles ptérygoïdiens.

Lésions du cerveau et du cervelet chez une idiote aveugle-née (2e cas).

M. le Dr Giraud (Antoine) (de Lyon). — Nous avions présenté, l'an dernier, M. Taty et moi, au Congrès de Pau, une série de coupes portant sur le cerveau et le cervelet d'une idiote aveugle-née et avions constaté, pour le cerveau, les lésions maximum dans les calcarines, complètement envahies par du tissu de sclérose, et, pour le cervelet, dans les flocculus presque totalement dégénérés. Ces recherches confirmaient chez

l'homme celles du Dr Dore, qui avait remarqué l'atrophie du flocculus chez les lapins énucléés.

Nous venons tout récemment de rencontrer un cas absolument superposable : il s'agit encore d'une jeune idiote aveugle-née, morte dans le service de la clinique du professeur Pierret. Les pièces étant encore à l'examen, nous pouvons signaler déjà l'altération étendue des calcarines, et, point important, l'absence des flocculus représentés seulement par quelques houppes atrophiées et friables.

Contribution à l'étude des idées régnantes, au XVIe siècle, sur les fonctions du cerveau. (Mme Dr M. LIPINSKA.)

Sur l'étiologie des phénomènes vitaux.

Mme Oliva SABUCO.— Mme Sabuco, dans son livre : *Nouvelle philosophie de la nature de l'homme, inconnue aux grands philosophes anciens*, admet l'existence de trois âmes:

Végétative (plantes)
Sensitive (animaux)
Raisonnable (homme)

C'est à l'âme raisonnable et à ses facultés, dont le siège est dans la tête, que l'homme doit, selon Mme Sabuco, le privilège de ressentir les effets des passions. Elle divise les passions en deux classes : 1° favorables; 2° nuisibles à la santé. Les passions salutaires (la joie) produisent un accord de deux éléments : *Corporel et Spirituel*. Le chagrin et sa fille, la tristesse, mettent la discorde entre l'âme et le corps. Il en résulte : la maladie, la mort ou la folie. Ce désaccord suspend les fonctions de la partie végétative. Cette étiologie de la fièvre consomptive, dite nerveuse, n'est pas vulgaire. Les désordres de l'innervation sont plus graves que ceux de la nutrition.

Mme Sabuco conseille de traiter les passions par la douceur et la persuasion, les maladies des centres nerveux par l'harmonie et la musique. Sans les passions qui tuent l'homme, il serait sujet aux lois de la nature et ne mourrait que de mort naturelle.

La vieillesse et la mort sont la conséquence de l'épuisement du liquide nourricier par la sécheresse des centres nerveux, des nerfs qui en émanent et des expressions nerveuses de la périphérie. Les principes de tous les actes, de tous les sentiments, de tous les mouvements, de tous les phénomènes vitaux résident dans la tête. Le sens commun siège dans la région frontale avec l'entendement et la volonté.

L'imagination et la conception occupent le département intermédiaire, et à l'arrière est le siège de la mémoire qui con-

serve les images du passé. L'imagination est comme un moule vide qui donne la forme de tout ce qu'on y jette. Les effets de l'imagination ne sont pas moindres durant le sommeil que pendant la veille. Ce que cette femme remarquable a compris, c'est que les sentiments et les idées de l'homme sont en raison de ce sens intime de la vie qu'il faut appeler la conscience organique ou vitale, et qui est le fondement de toute la psychologie. La croissance des êtres vivants est accompagnée du contentement et de la joie, tandis que le décroissement produit la tristesse.

Mme Sabuco passe en revue tout ce qui augmente la capacité du cerveau au travail, le sommeil réglé, le régime alimentaire, l'air, les changements d'impressions. Elle parle de l'action des poisons sur le système nerveux. Cette action est immédiate et directe.

Résumant en termes généraux toute sa doctrine, Mme Sabuco ajoute : Quand vous irez à la ville paisible, avertissez les médecins qu'ils se trompent du tout au tout et vous ferez œuvre méritoire. Pour détrôner la vieille théorie médicale, c'est-à-dire le galénisme et l'arabisme, il fallait fonder la connaissance de la nature humaine sur une base plus solide et plus large que l'hypothèse orientale des quatre humeurs. Entreprise hardie, presque surhumaine, car le travail de démolition demandait plus de courage et d'énergie que l'œuvre d'édification.

L'échec de cette femme vaillante, qui la première imagina de réduire la nature animale en général, et la nature humaine en particulier, à l'unité souveraine du système nerveux, fut complet. Il ne fut tenu aucun compte de cette haute manifestation féminine, renforcée d'un traité de physique générale et de cosmographie, et d'un projet de réforme de la police civile et sanitaire utile à consulter pour l'hygiène privée et publique. L'exposé complet des vues, aperçus, réflexions et paradoxes de cette doctoresse sans diplôme, à la fois savante, spirituelle et éloquente, fournirait matière à une étude beaucoup plus développée que la nôtre.

Atrophie musculaire du type Aran-Duchenne d'origine syphilitique.

M. Lannois (Lyon). — Dans le démembrement de l'amyotrophie progressive Aran-Duchenne, une place doit être réservée aux cas d'origine syphilitique. La possibilité en avait déjà été signalée par quelques auteurs (Graves, Nièpse, Hammond), mais ce sont surtout les communications de Raymond, de Nizioli, de Lannois et Lévy, de A. Léri, qui ont établi la réa-

lité de cette forme clinique en lui donnant comme base anatomique une méningo-myélite syphilitique.

Les faits probants sont cependant encore peu nombreux. Dans le cas présenté par Lannois, il s'agit d'un homme de quarante-sept ans, chez lequel évolue depuis seize ans une atrophie musculaire ayant débuté par les mains et présentant tous les caractères attribués à la forme Aran-Duchenne. Or, celle-ci a débuté quatre à cinq ans après des accidents syphilitiques avérés, et il existe actuellement, chez ce malade, des stigmates évidents de syphilis sous forme de rétractions palmaires, de cicatrices, de gommes cutanées, et surtout de lésions d'ostéite hypertrophiante du radius droit, du cubitus gauche, des tibias (présentation de photographies et de radiographies). De plus, il n'a qu'un enfant, et celui-ci a présenté des traces d'hérédo-syphilis.

Le traitement a confirmé la relation que la clinique tendait à établir entre la syphilis et l'amyotrophie, car, sous l'influence des injections d'huile grise et d'énésol, il s'est fait une amélioration non douteuse dans l'aspect et les mouvement des doigts. Bien que le traitement spécifique ait échoué dans quelques cas, il compte à son actif des améliorations encourageantes, car l'amyotrophie progressive spinale était jusqu'alors une affection contre laquelle nous étions tout à fait désarmés.

Deux cas de carcinome secondaire des centres nerveux.

MM. Sabrazès et Bonnes (Bordeaux) présentent des préparations microscopiques de deux cas de carcinome secondaire des centres nerveux, se révélant plus de deux ans après l'ablation chirurgicale de carcinomes du sein, sans récidive locale ; ces tumeurs pouvaient en imposer à l'œil nu, sur la table d'autopsie, pour de gros tubercules, par suite de la présence, dans la masse, de foyers de mortifications cellulaires. Les malades qui ont fourni ces pièces pathologiques ont été observées, la première par MM. Sabrazès et Bonnes, la seconde par MM. Cassaët, Sabrazès, Charrier et Bonnes.

Cellules hématomacrophages.

MM. Sabrazès et Muratet (Bordeaux) montrent des préparations de cellules hématomacrophages provenant d'un cas d'hémorragie cérébrale avec irruption ventriculaire (liquide rachidien intra-vital). Ces cellules — que MM. Sabrazès et Muratet ont signalées les premiers — proviennent des cellules de revêtement des travées et des parois des espaces sous-arachnoïdiens et peut-être aussi, dans certains cas, de corps granuleux ayant englobé des hématies.

Le lendemain, 7 août, un groupe important de congressistes est allé visiter l'Asile de Pontorson en voie de reconstruction, et de là s'est rendu au Mont-Saint-Michel. Cette excursion a clos le Congrès.

Nous avons essayé de donner un compte-rendu aussi complet et aussi exact que possible du *Congrès de Rennes*. Cependant nous faisons appel à nos collègues pour réparer, s'il y a lieu, les erreurs et combler les omissions. B.

BIBLIOGRAPHIE

X. — *Le traitement des aliénés dans les familles* ; par Ch. Féré, 3e édition. Paris 1905.

L'auteur envisage dans une 1re partie l'assistance des aliénés dans les familles et dans une deuxième, les soins généraux à leur donner. L'agent le plus puissant de traitement dans les maladies mentales est l'isolement. La séquestration, tout à fait différente de l'isolement, doit être considérée comme une dernière ressource, comme un pis-aller, à cause de la discipline trop étroite qui règne dans les asiles, de la promiscuité où se trouvent les malades, du trouble apporté au sommeil de chaque aliéné par le bruit fait par ses voisins dans le dortoir, à cause enfin du peu d'importance donnés dans ces maisons à la thérapeutique spéciale. Il est donc intéressant de rechercher s'il est possible de pratiquer l'isolement forcé sans avoir recours à la séquestration, c'est-à-dire si l'on peut donner au malade le profit de la mesure, en le soustrayant à ses inconvénients.

Le seul moyen de pratiquer l'isolement en dehors de la maison de santé consiste à placer le malade dans une famille qui a charge de le surveiller, non pas étroitement mais en lui faisant partager sa vie normale à elle. L'assistance familiale des aliénés se présente en fait sous trois formes : 1° la colonie annexée à un asile ; 2° la colonie libre ; 3° l'isolement individuel.

1° *Les colonies annexées aux asiles* existent en Allemagne depuis plusieurs années, aux Etats-Unis, en Hollande, en Russie. Plusieurs de ces colonies se rapprochent des fermes-asiles, c'est-à-dire du système de Clermont.

2° *La colonie libre* est un des plus anciens modes d'assistance des aliénés : il existe en Belgique depuis le XVIIe siècle avec la

colonie de Gheel. En 1895, on comptait 1.875 malades traités chez des nourriciers. Chaque nourricier ne peut traiter que 2 malades du même sexe, il reçoit 60 ou 70 centimes par jour et par malade ; il doit fournir des chambres à coucher claires, d'une capacité minima déterminée. Le malade prend ses repas à la même table que son nourricier. Dans la rue, comme dans l'habitation, l'aliéné jouit de sa liberté pleine et entière, tant qu'il ne cause ni désordre ni scandale ; le travail du malade n'est pas forcé. La surveillance officielle et médicale paraît suffisante. Si on considérait Gheel non comme un établissement de traitement, mais comme un établissement de refuge, on pourrait presque dire que tout y est pour le mieux. A côté de Gheel, la colonie récente de Lierneux établie sur le même type est en pleine prospérité. Toutefois la nécessité qui s'est imposée d'établir à Lierneux comme à Gheel une infirmerie destinée à recevoir les aliénés agités ou malades montre bien que le système colonial ne peut pas constituer un mode exclusif d'assistance des aliénés.

3° *L'isolement individuel* a été mis en pratique plus ou moins fréquemment dans tous les pays. En Ecosse, le système prend tous les jours une extension nouvelle : les aliénés inoffensifs et incurables sont confiés soit à des membres de leur propre famille soit à des étrangers. On a même pu placer chez des particuliers, sans inconvénients. des aliénés criminels libérés.

Le patronage familial sous ces diverses formes s'est parfaitement acclimaté aux Etats-Unis où il a été introduit en 1885. En France, l'histoire du patronage familial se résume dans celle des colonies de Dun-sur-Auron et d'Ainay-le-Château. On y place d'une façon générale : des hommes à Ainay-le-Château, des femmes à Dun. Ce sont des déments séniles, des aliénés inoffensifs et incurables. Ce système évite la construction d'asiles coûteux et l'entretien des aliénés est d'un prix de revient moins élevé. L'auteur montre dans tous leurs détails les autres avantages de ce mode d'hospitalisation.

Dans la deuxième partie, M. Féré insiste longuement sur les soins à donner aux malades isolés hors de l'asile. Il passe en revue le choix de l'habitation, le choix et l'éducation des gardes-malades. Il faut que les nourriciers aient des notions d'hygiène et même quelques connaissances médicales, plus encore que les infirmiers des asiles qui sont sous la surveillance constante des médecins et n'ont qu'à suivre leurs prescriptions. Le nourricier doit donc savoir examiner le malade : son facies, ses pupilles, sa langue, sa respiration, ses fonctions digestive et rénale, les règles chez les femmes. Il doit savoir traiter leur délire, rectifier leur jugement sans les surexciter.

Chaque catégorie de malades demande en outre des soins

particuliers très variables : le nourricier doit apprendre à maintenir un aliéné agité, à alimenter un aliéné négativiste, à surveiller les épileptiques et prendre à leur égard certaines mesures spéciales au moment des attaques. R. LEROY.

XI. — *L'art d'alimenter les malades et les convalescents (avec* 138 *formules alimentaires)* par le Dr CORNET (Steinheil, éditeur, Paris, 1905.

On ne saurait nier l'utilité pratique de ce petit manuel, où M. Cornet a groupé tout ce qu'il est indispensable de connaître en matière d'alimentation dans les maladies et leur convalescence. L'auteur, dans son introduction, constate combien en France l'esprit répugne à s'occuper de ces petits détails et combien cela est nécessaire, tout au moins, quand il s'agit d'instruire les infirmières et les gardes-malades : il est trop modeste ; ce livre mérite d'être lu et conservé parmi les volumes devant être fréquemment consultés par tout praticien vraiment digne de ce nom.

Les recherches constantes de M. Cornet sur ce sujet lui permettent de donner des indications précises sur l'art d'alimenter les malades : il le fait en outre avec une extrême clarté ; il y joint un véritable formulaire alimentaire ; c'est donc dire l'intérêt pratique de ce guide, dont le besoin se faisait sentir.

Dr PAUL-BONCOUR.

ASILES D'ALIÉNÉS

Personnel médical. — Concours de l'adjuvat.

Paris, le 2 août 1905.

Le Ministre de l'Intérieur à MM. les Préfets,

Le Conseil supérieur de l'Assistance publique, dans sa dernière session, a émis les vœux suivants :

1° — Il est désirable qu'au fur et à mesure des vacances qui se produisent dans les quartiers d'hospice et dans les asiles privés faisant fonction d'asiles publics, les médecins soient recrutés parmi les médecins-adjoints, nommés au concours, avec les mêmes avantages en nature que les médecins des asiles (traitement, retraites, logements).

2° — Il est désirable que les internes des asiles publics d'aliénés soient recrutés par concours.

L'indemnité annuelle devrait être au minimum de 800 fr. et augmentée pendant quatre ans de 100 fr. d'année en année.

Les internes docteurs devraient avoir une indemnité de 1200 fr. au minimum.

Je vous prie de vouloir bien porter à la connaissance des Commissions administratives des hospices et des directeurs administrateurs des asiles privés faisant fonction d'asiles publics, en insistant vivement auprès d'eux pour que les praticiens choisis pour donner des soins aux malades dans ces établissements offrent toutes les garanties de savoir et de compétence.

Vous aurez soin également de n'agréer, à l'avenir, dans la mesure du possible, comme médecins des asiles privés faisant fonction d'asiles publics que ceux ayant satisfait au concours d'adjuvat.

A cette occasion, je vous prie de porter à la connaissance du corps médical qu'un concours s'ouvrira dans la première quinzaine de mars 1906 au Ministère de l'Intérieur pour le recrutement des médecins-adjoints des asiles, et que tous les médecins ou internes placés dans les établissements visés par cette circulaire ont le plus grand intérêt à se préparer dès maintenant à subir ces épreuves.

Pour le Ministre de l'Intérieur: Le Conseiller d'État, Directeur de l'Assistance et de l'hygiène publique, Henri Monod.

Paris, le 17 août 1905.

Le Ministre de l'Intérieur à Messieurs les Préfets.

Le Conseil supérieur de l'Assistance publique dans sa dernière session a adopté le vœu suivant : « Il est désirable que les traitements afférents aux trois classes des médecins-adjoints des asiles d'aliénés actuellement fixés à 2.500, 3.000, 4.000 soient désormais fixés à 3.000, 3.500 et 4.000 fr. et complétés par les avantages en nature ».

Ces nouvelles dispositions ne pouvant que faciliter le recrutement d'un personnel méritant et digne du plus grand intérêt, M. le Président de la République a bien voulu, à la date du 14 août 1905, revêtir de sa signature le décret que je lui ai soumis portant nouvelle réglementation des traitements du personnel dont il s'agit.

Ces dispositions seront applicables aux médecins-adjoints qui seront nommés à la suite du prochain concours de mars 1906, et, à partir du 1er avril de la même année aux médecins-adjoints actuellement en fonctions et qui ne bénéficieraient pas encore du traitement de 3.000 francs.

Il est bien entendu que ce décret ne saurait en rien être préjudiciable aux intérêts des médecins-adjoints nommés avant le concours de 1906.

Je vous prie de vouloir bien porter cette circulaire à la connaissance du Conseil Général de votre département dès l'ouverture de la session d'août et inviter en même temps l'assemblée dépar-

tementale à voter les fonds nécessaires au traitement des médecins adjoints des asiles d'aliénés lors de l'examen du budget de 1906.

Le Ministre de l'Intérieur, Eug. ETIENNE.

Le Président de la République française, sur le rapport du ministre de l'Intérieur, vu la loi du 30 juin 1838 sur les aliénés, l'ordonnance du 18 décembre 1839, portant règlement des asiles publics et privés et les décrets des 6 juin 1863, 4 février 1875 et 19 octobre 1894 sur le classement du personnel administratif et médical des asiles publics; vu le vœu émis par le conseil supérieur de l'assistance publique dans sa session ordinaire de 1905, Décrète :

ART. 1er. — La fixation des cadres et des traitements des médecins adjoints des asiles d'aliénés est ainsi fixée :

Au début de 2e classe	3.000 fr.
Après deux ans, au minimum, 1re cl.	3.500 fr.
Après quatre ans, au minimum, classe exceptionnelle	4.000 fr.

ART. 2. — Les médecins adjoints bénéficieront en même temps des avantages en nature dans l'établissement.

ART. 3. — Le ministre de l'intérieur est chargé de l'exécution du présent décret, qui sera inséré au *Bulletin des lois*, et qui recevra son effet à dater du 1er avril 1906.

Fait à la Bégude-de-Mazenc, le 14 août 1905, Emile LOUBET.— Par le Président de la République, le ministre de l'intérieur, Eug. ETIENNE.

Dans le n° 116 des *Archives* (p. 104), nous avons reproduit le texte des résolutions et des vœux adoptés par le *Conseil supérieur de l'Assistance publique*, à la suite de notre *Rapport*. Nous avons dit aussi (p. 107) que le vœu relatif à l'*impression des Rapports annuels* des médecins-directeurs et médecins en chef avait été l'objet d'une circulaire ministérielle invitant les préfets à se conformer à ce vœu (1). Aujourd'hui, les circulaires ci-dessus en font foi, des efforts sont faits : 1° pour que le recrutement des médecins des *asiles privés*, faisant fonction d'*asiles publics*, et des quartiers d'hospice, ait lieu parmi les médecins-adjoints nommés au concours ; — 2° pour

(1) Voir aussi : *Progrès médical*, 1905, p. 414.

le relèvement des indemnités des internes, et enfin, 3° un décret améliore les traitements des médecins-adjoints. Nous répèterons, en terminant, ce que nous écrivions le 1er août (p. 107) : « A nos collègues des asiles d'agir, à l'Administration de préparer les modifications à introduire dans le règlement de 1857, en vue de préciser les nouvelles attributions des *médecins-adjoints* et d'organiser le *concours de l'internat des asiles en province.* »

BOURNEVILLE.

CONGRÈS

Premier Congrès Belge de Neurologie et de Psychiatrie

SOUS LE PATRONAGE DU GOUVERNEMENT

Liége, 28 au 30 septembre 1905.— Présidents d'Honneur : M. LE BARON VAN DER BRUGGEN, Ministre de l'Agriculture ; M. VAN DEN HEUVEL, Ministre de la Justice. — *Vice-Présidents-d'honneur :* M. PETY DE THOZÉE, gouverneur de la province de Liége ; M. BÉGO, Secrétaire général au Ministère de l'Agriculture ; M. KLEYER, Bourgmestre de la Ville de Liége ; M. DE LATOUR, Directeur général au Ministère de la Justice.

La Société belge de Neurologie et la Société de Médecine mentale de Belgique ont décidé de provoquer périodiquement une réunion extraordinaire, qui s'intitulera « Congrès belge de Neurologie et de Psychiatrie ».

Les praticiens de toutes nationalités pourront faire partie de ce Congrès ; la seule restriction imposée est l'usage d'une des langues usitées en Belgique.

La première session se réunira à Liége, du 28 au 30 septembre 1905. Le bureau de cette session se compose des membres des bureaux respectifs des deux sociétés fondatrices.

Présidents : Mlle le Dr IOTEYKO, présidente de la Société de Neurologie ; M. le Dr GLORIEUX, président de la Société de Médecine mentale. — *Vice-Présidents* : Mlle le Dr STEFANOWSKA, Vice-présidente de la Société de Neurologie ; M. le Dr CROCQ, vice-président de la Société de Médecine mentale. — *Secrétaire général* : M. le Dr MASSAUT, secrétaire de la Société de Médecine mentale. — *Trésoriers :* M. le Dr DECROLY, trésorier de la Société de Neurologie ; M. le Dr VILLERS, trésorier de la Société de médecine mentale. — *Secrétaires des séances :* MM. les Drs

BOULENGER, DERODE, MASOIN, et SANO, secrétaires et bibliothécaire des sociétés de neurologie et de médecine mentale.

COMITÉ LOCAL DE RÉCEPTION : *Président* : M. le Dr X. FRANCOTTE, professeur à l'Université de Liége. — *Membres* : M. le Dr BUTTGENBACH, directeur de la Maison de santé de Glain. — M. le Dr L. L'HOEST, médecin en chef de l'Asile Sainte-Agathe.

Les travaux du Congrès comprennent deux parties :

1° *Rapports*. — Ces rapports, au nombre de trois, seront distribués au moins trois semaines avant la réunion du Congrès, de manière à pouvoir être attentivement étudiés par ceux qui désirent prendre part à la discussion.

Les questions choisies pour la session de 1905, sont :

a) PSYCHIATRIE : *Le travail considéré comme moyen thérapeutique*. — Rapporteur : M. le Dr CUYLITS, médecin en chef de l'asile d'Evère.

b) NEUROLOGIE : *La ponction lombaire au point de vue diagnostique et thérapeutique*. — Rapporteurs : M. le Dr DE BUCK, médecin en chef de l'Asile de Froidmond et M. le Dr LEY, directeur de l'Ecole d'enseignement spécial d'Anvers.

c) PSYCHOLOGIE : *Le sens de la douleur*. — Rapporteur : Mlle le Dr IOTEYKO, chef du Laboratoire de psychologie de l'Université de Bruxelles.

2° *Communications diverses*. — Une place importante est réservée aux communications originales sur un sujet quelconque de neurologie ou de psychiatrie, avec présentation de malades, de pièces anatomiques et microscopiques.

Les membres qui désirent faire une communication au Congrès sont priés d'en envoyer le titre et le résumé au secrétaire général avant le 31 août 1905.

Les séances du Congrès seront combinées avec la visite des principaux instituts universitaires de Liége ; de la Maison de Santé de Glain, où un déjeuner sera offert par la Direction, et de l'Exposition, dont l'entrée sera gratuite. Après la clôture du Congrès, un banquet sera offert aux membres, par M. le Dr Glorieux, président. Le prix de la cotisation est fixé à 10 francs. Envoyer les adhésions à M. le Dr MASSAUT, secrétaire général, boulevard Defontaine, 19, Charleroi.

VARIA

Un fou qui résiste a la gendarmerie depuis huit jours.

Sous ce titre : « Un nouveau fort d'Usseau, le *Journal* du 20 juin relate le fait suivant :

Le 17 novembre dernier, un sieur Meley, propriétaire à Leymieux (commune de Chagnon), près de Rive-de-Gier, tirait, sans provocation aucune, deux coups de revolver sur le sieur Joassardi, son fermier. La gendarmerie ouvrit une enquête et saisit deux revolvers de gros calibre, mais Meley, examiné par un médecin, fut reconnu atteint d'aliénation mentale et laissé en liberté. Le 8 juin, Meley tirait plusieurs coups de fusil sur son voisin, le sieur Chorel. La gendarmerie de Grand-Croix se présenta chez le propriétaire pour l'arrêter ; mais elle trouva la porte barricadée et des voisins l'avisèrent que Meley montait la garde dans sa propriété, le fusil à la main.

Meley est abondamment pourvu de munitions ; quant aux vivres, c'est sa sœur, qu'il a obligée à partager le même sort, qui les lui fournit en quittant la maison assiégée la nuit. Depuis le 8 juin, Meley est enfermé et les gendarmes se demandent s'ils en arriveront à bout par la patience. La préfecture et le Parquet vont sans doute prendre les mesures réclamées par les voisins terrorisés. (Voir le nº 115, p. 77.)

Assistance et traitement des enfants arriérés.

Suicide manqué. — Une pauvre *déséquilibrée*, la jeune Blanche Brunet, 17 ans, domestique chez le sieur Anne, cultivateur à Saint-Pierre-la-Vieille, près de Condé, a tenté de se suicider en se couchant sur deux bottes de paille auxquelles elle avait mis le feu. Quand elle sentit la chaleur devenir trop forte, elle appela au secours, et des voisins accoururent pour la délivrer. Mais la meule de paille, contenant 600 bottes et valant 200 fr., a été entièrement consumée. (*Bonhomme Normand* du 6 juillet.) — Après cet attentat à la propriété, on se décidera sans doute, mais un peu tard, à interner et à soigner cette « pauvre déséquilibrée ».

Les aliénés en liberté.

Un double parricide. — Un drame de la folie s'est produit avant-hier soir (17 août) vers cinq heures, à Bouray (arrondissement d'Etampes). Un jeune homme de 24 ans, Fernand Dijon, avait dû être interné à Sainte-Anne, car il donnait des signes d'aliénation

mentale très prononcés et menaçait de tuer les personnes qui l'approchaient. Ce ne fut d'ailleurs qu'à leur corps défendant que les parents se décidèrent à l'internement du jeune homme qu'ils avaient soigné avec dévouement. Aussi, dès que Fernand Dijon parut guéri, ses parents s'empressèrent-ils d'aller le chercher, samedi dernier, à Paris. On fêta son retour au Petit-Mesnil. On eut peut-être tort, car le malade demandait encore quelques ménagements surtout par les temps orageux que nous traversons.

Avant-hier, il parut à nouveau très exalté. Toutefois, son état n'inspirait pas d'inquiétude immédiate *et on ne le surveilla pas suffisamment*, car le malheureux aliéné réussit à s'emparer d'un fusil de chasse qu'il chargea en cachette. Puis ressortant dans la cour où se trouvaient en ce moment ses parents, il ajusta rapidement et fit feu à deux reprises. Le père Dijon, atteint en pleine poitrine, s'affaissa sans mot dire. Il avait été frappé mortellement. Sa femme fit quelques pas et tomba à son tour sans connaissance pendant que le meurtrier s'enfuyait.

On perdit les traces de celui-ci dans les bois des environs et on ne savait ce qu'il était devenu, lorsque hier on apprit par un télégramme son arrestation à Trésigny-sur-Orge. L'état de Mme Dijon paraît désespéré.

Drame de la folie. — Vendredi dernier un cultivateur de Béthencourt, M. Favrel (Auguste), âgé de 52 ans, a, dans un moment d'aliénation mentale, tenté de tuer son beau-frère, M. Charles Macré, âgé de 71 ans. C'est exactement le 26 juillet dernier, que M. Favrel, aveugle depuis cinq ans, ressentit les premiers symptômes de folie. Très excitable, il rendait la vie intolérable aux siens ; aussi ceux-ci se disposaient-ils à le placer à la maison de santé de Clermont, car il devenait dangereux pour la sécurité publique et la sienne propre.

A l'effet de ce placement, Mme Favrel avait demandé à son beau-frère, M. Macré, de vouloir bien se faire délivrer un extrait de son acte de mariage. M. Macré s'étant fait remettre cette pièce s'en vint vendredi à Béthencourt où il arriva vers sept heures du soir. Son beau-frère, qui se tenait seul dans sa chambre, le reçut froidement. « Tu viens, lui dit-il, boire mon vin et manger mon lard ».

Vers dix heures du soir, comme le malade ne se montrait pas méchant, tout le monde alla se coucher. Il y avait une heure que tout dormait dans la maison, lorsque soudain M. Favrel se mit à faire du bruit dans sa chambre. Il parlait fort et accompagnait ses paroles de gestes véhéments. Bientôt il descendit dans la cour où il se mit à pousser des cris de nature à réveiller les voisins. Voyant cela, sa femme et M. Macré se levèrent et le firent rentrer.

Favrel sous l'empire des idées de persécution qui le hantaient,

s'arma d'un fort couteau de cuisine et en porta deux coups à son beau-frère. Malgré ses 71 ans et ses blessures, M. Macré se précipita sur le meurtrier et, l'ayant terrassé, lui enleva son arme.

On s'empressa de prévenir les autorités et d'aller chercher M. le docteur Paris, de Liancourt, qui pansa et recousut les blessures sans pouvoir, sur le moment, se prononcer sur leur gravité. Pendant ce temps, le meurtrier avait disparu. Ce n'est qu'après de longues recherches que son fils le retrouva vers quatre heures du matin ; il était caché sous des bottes de paille dans le grenier. Gardé à vue durant toute la journée, Favrel a été conduit, samedi soir, à Clermont. Il a été incarcéré vers neuf heures du soir à la maison d'arrêt et interné dimanche à l'asile d'aliénés. (*Le Semeur de l'Oise*, 18 août.)

Le crime d'un brigadier de police.— Deux personnes tuées. — Un double crime vient d'être commis dans la commune ordinairement si paisible d'Haussonvillers, à 10 kilomètres de Bordj-Menaiel. A l'occasion des fêtes du 14 juillet, les gardes ruraux avaient été disséminés dans les communes voisines. Le brigadier Smail ben Amar avait été désigné, avec son camarade Achaibou, pour Haussonvillers. Tandis qu'ils causaient dans un café maure de l'immeuble du caravansérail, Smail ben Amar, devenant subitement furieux, saisit son revolver et en tira plusieurs coups sur Achaibou et sur un consommateur, nommé Amara Amar et les blessa tous les deux mortellement.

Achaibou a succombé deux heures après cette scène tragique sans avoir repris connaissance et Amara Amar est mort dans la nuit. Un troisième indigène a été légèrement blessé par le ricochet d'une balle.

Le meurtrier a été arrêté. Il a longtemps appartenu à la police de sûreté d'Alger. On attribuerait le crime à un *accès de folie subite*. Smail ben Amar était, en effet, atteint de *la monomanie de la persécution*. (*Petit Parisien*, 17 juillet 1905.) — La folie n'a donc pas été subite ; l'accès de violence était à prévoir, puisque le malade était déjà aliéné, et on aurait dû le placer.

Aliénée parricide. — A Plouézec, dit le *Bonhomme normand* du 31 août, Catherine Nedellec, 34 ans, *folle*, a tué sa mère, septuagénaire, à coups de hache et de marteau.

Un Drame dans un phare. — Un drame dans un phare ! Ce fut, tout dernièrement, à Long-Island, aux Etats-Unis, dans l'intérieur du phare de Stratford. L'un des gardiens, un nommé Hulse, a dû lutter sans trêve, pendant une semaine entière, contre son camarade de garde, un nommé Coster, qui, devenu fou, cherchait à éteindre les feux, puis à le tuer. C'est au prix d'une énergie surhumaine que Hulse parvint à se défendre con-

tre le forcené et à éviter en même temps qu'il éteignît la lampe du phare. Le président Roosevelt a récompensé d'une médaille le courageux gardien. Ceci nous rappelle l'effroyable aventure survenue jadis, sur un rocher breton, à un gardien de phare, dont le compagnon avait trépassé et qui dût vivre pendant trois semaines à côté du cadavre. (Le *Semeur de l'Oise*, 27 août.)

Un concert a l'Asile d'aliénés de Clermont.

On sait qu'il existe, à l'Asile, une chorale composée de quelques malades inoffensifs ; l'Administration accomplit une bonne œuvre en aidant à la prospérité de cette société musicale qui procure quelques distractions aux infortunés pensionnaires de l'Etablissement. Plusieurs fois par an, des concerts sont organisés sous les auspices de M. Lesvier, directeur, et de MM. Boiteux et Thivet, médecins en chef, et obtiennent le plus vif succès. Jeudi soir, un de ces concerts a eu lieu dans un des grands réfectoires, en présence du directeur et du personnel administratif, auxquels s'étaient joints de nombreux malades. L'assistance a applaudi les chœurs de la Chorale, ainsi que les chansonnettes et monologues débités par des artistes pleins d'entrain. (Le *Semeur de l'Oise*, 27 août.)

FAITS DIVERS

Perception stéréognostique (La) est la faculté d'apprécier correctement, les yeux fermés, les formes des corps géométriques et des objets placés dans la main.

Enfant assassin. — On a arrêté à Bourg (Ain) un jeune berger de 12 ans qui a noyé une fillette de cinq ans dans une mare. La mère de la fillette a été également arrêtée ; elle aurait promis 5 francs au berger pour la débarrasser de sa fillette. (*Bonhomme Normand*, 26 juillet 1905.)

Epilepsie et sorcellerie. — Un tisseur de Sains (Nord), Henri Hautecœur, 47 ans, s'était imaginé que sa voisine, la veuve Comtesse, 70 ans, avait jeté un *sort* sur sa fille aînée, qui est atteinte d'*épilepsie* ; il a cherché à étrangler cette femme dans un fossé où il l'avait jetée, après l'avoir frappée à coups de bâton et blessée à la tête.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

BENON. — Les troubles psychiques chez les hémiplégiques organiques internés. 1 vol. In-8° de 138 pages. (Librairie Rousset, 1, rue Casimir-Delavigne.)

CULLERRE (A.). — Des rétractions musculaires et de l'amyotrophie consécutives aux contractures et aux attitudes stéréotypées dans les psychoses. In-8° de 12 pages. Garet Imp., Pau.

DUBOURDIEU. — Rapport médical sur l'asile public d'aliénés de Saint-Robert. In-8° de 20 pages. Vallier, Grenoble.

ESMONET (Ch.). — L'abus des lavages d'intestin. In-8° de 12 pages. Imp. Guérin, Derenne, Lluis, Paris.

FOURNIER (A.) et RAYMOND (F.). — Paralysie générale et syphilis. 1 vol. In-8° de 100 pages. (Librairie Masson, 120, boulevard St-Germain.)

MAGNUS. — L'art d'élever le nouveau-né. 1 vol. In-16 de 192 pages. Pourat, libraire à Lyon.

MEEUS (Fr.). — De la construction des maisons de nourriciers dans les colonies familiales. In-8° de 32 pages. Imp. Couestant à Cahors.

PAILHAS (B.). — Balnéation et hydrothérapie dans le traitement des maladies mentales. 1 vol. In-8° de 141 pages Simon. Imp. Rennes.

PETIT (E. P.). — Paralysies faciales récidivantes et paralysies faciales à bascule. 1 vol. In 8° de 120 pages.

SICARD (J. A.). — Le syndrome de la névrite ascendante. 1 vol. In-8° de 112 pages Simon. Imp. Rennes.

Le rédacteur-gérant : BOURNEVILLE.

Clermont (Oise). — Imprimerie Daix frères.

Vol. XX Octobre 1905 N° 118

ARCHIVES DE NEUROLOGIE

CLINIQUE MENTALE

Sur un cas de délire métabolique de la personnalité lié à des troubles de la cœnesthésie ;

PAR G. DENY ET PAUL CAMUS

« Les délires métaboliques de transformation ou de métamorphose se présentent, dit Séglas, sous différents aspects en rapport avec la nature même des idées délirantes. Le plus ordinairement, le qualificatif de « métabolique » s'applique aux délires dans lesquels tous les faits ou tous les objets du monde extérieur n'ont plus pour le malade la même signification que leur accorde le consensus universel et subissent une transformation qui les met en accord avec les conceptions délirantes...... D'autres fois, le délire métabolique correspond à un changement dans la personnalité individuelle du sujet (délire métabolique de la personnalité) : il se croit autre qu'autrefois, différent du commun des mortels, un être extraordinaire, hors des lois naturelles ; et, dans des cas plus accentués, se manifestent des idées de possession démoniaque, de démonomanie. Le délire métabolique de la personnalité peut en intéresser aussi la base organique. Le malade exprime alors des idées de transformation des organes de nature hypochondriaque : il est en bois, en verre, en caoutchouc, etc.. ; dans des cas plus complets la transformation corporelle est absolue : il se croit changé en animal (zoanthropie), en loup (lycanthropie (1) ». Ces diverses modalités du délire méta-

(1) SÉGLAS. — *In* Traité de pathologie mentale de Gilbert Ballet pp. 269 et 270.

bolique coexistaient, quoiqu'à des degrés différents, chez la malade dont nous relatons ci-dessous l'histoire. L'étude clinique et analytique que nous en avons faite permet, croyons-nous, de considérer toutes ces modalités délirantes comme relevant d'un même mécanisme pathogénique, très voisin lui-même, quoiqu'un peu élargi peut-être, de celui des psychoses hypochondriaques qui sont à l'ordre du jour du Congrès.

C'est à ce titre que nous présentons cette observation :

M.... E..., âgée de 34 ans, modiste, entre pour la première fois à la Salpêtrière (section Rambuteau) au mois de septembre 1904.

Antécédents héréditaires. — *Père*, 61 ans, bien portant, émotif et impressionnable, a souffert de névralgies de 20 à 40 ans, pas de syphilis. *Mère*, 57 ans, bien portante, caractère faible. 5 *enfants* : 3 morts pendant l'accouchement, dont 2 jumeaux ; un garçon ayant actuellement 36 ans, bien portant, maître de danse et notre malade.

Antécédents personnels. — Née à terme en 1871 pendant la guerre. Bonne santé dans l'enfance. Intelligente et affectueuse, mais nerveuse et impressionnable. Vers 17 ou 18 ans, aurait eu 3 ou 4 crises convulsives avec sensation de boule et de constriction à la gorge, sans perte de connaissance. Mariée à 21 ans, elle ne reste qu'un an avec son mari. Divorcée, elle mène une existence mouvementée, change de profession, débute dans un café-concert, etc... Au bout de 8 ans, elle retrouve son mari et reprend la vie commune. Elle devient enceinte et accouche il y a 2 ans d'une fille à terme ; mais des discussions très fréquentes se produisent dans le ménage. M... se sépare une seconde fois de son mari, cesse d'allaiter son enfant, devient apathique, inactive, dort mal, se plaint de la tête, se lamente continuellement sur sa situation, se reproche sa conduite, etc.

Ces troubles s'accentuant, M... entre pour la première fois à la Salpêtrière au mois de septembre 1904 avec le certificat suivant : « Aboulie avec confusion dans les idées, troubles de l'attention, idées obsédantes de toutes sortes, accès d'excitation avec angoisse, paroles et gestes incohérents, incapacité de se conduire ».

Dans le service, la malade se montre un peu plus calme et réclame au bout de quelques jours sa sortie qui lui est accordée sur les instances de sa famille, mais pour y rentrer le 6 octobre : son anxiété s'est beaucoup accrue et s'accompagne de confusion, d'agitation et de préoccupations hypochondriaques. Elle regrette sa sortie prématurée. « Quand je suis entrée la première fois à

la Salpêtrière, dit-elle, j'étais guérissable, maintenant je ne le suis plus, je suis perdue, je souffre de la tête, je vais devenir folle ». Elle interroge tout le monde sur son état, pour savoir si elle pourra guérir et de quelle façon ; elle redoute la mort et la préférerait cependant aux souffrances qu'elle endure.

L'examen somatique révèle un certain degré d'amaigrissement ayant coïncidé avec l'apparition des troubles psychiques. On ne note rien d'anormal du côté des viscères. La sensibilité cutanée est conservée dans tous ses modes, sauf à la douleur, où elle semble un peu diminuée. Pas de zones hystérogènes, pas de troubles des sensibilités spéciales. Légère exagération des réflexes tendineux. Motilité intacte.

Quelques jours après son entrée, la malade, toujours anxieuse, nous dit que son corps n'est plus celui d'une femme, mais d'un chien, qu'elle va devenir enragée, qu'on devrait la conduire à l'institut Pasteur, etc. Elle pousse des cris rauques, ressemblant à des aboiements, se mord les mains et les genoux. Elle explique cette transformation par la vive impression qu'elle a éprouvée au début de sa grossesse, à la vue d'un chien écrasé sur la voie publique. « Pendant les douleurs de l'accouchement, je n'ai pas « crié comme une femme, j'ai hurlé, j'ai aboyé comme un chien.. « Docteur, je vous le jure, je suis toute changée, je ne suis plus « une femme, mais un chien, mes dents ne sont plus des dents « humaines, l'intérieur de mon corps est complètement changé, « c'est un corps de chien ; regardez ma tête, elle n'est plus la « même. Je ne sais plus comment je suis faite. Je souffre trop de « la tête.... et cependant j'ai toute ma raison.... C'est affreux « d'être ainsi, c'est atroce ce que j'endure, tout est mélangé et « tout se débat en moi, je ne mange plus, je ne dors plus. Enfin « je ne suis plus moi ».

En novembre, la malade, toujours aussi anxieuse, ne parle plus de sa transformation en chien ; mais elle continue à soutenir qu'elle est changée, qu'elle ne se reconnaît plus, que son corps n'est plus le même, que ses membres sont tout autres qu'ils n'étaient : « Tenez docteur, mes mains n'ont jamais été ainsi, « elles sont plus grandes, mes pieds aussi ; vous pouvez vous en « assurer auprès du médecin qui m'a accouchée ; faites-le venir, « et il vous dira que j'étais une femme bien faite et non laide « comme je suis maintenant. C'est une fatalité qui m'arrive, je « suis un phénomène, je ne suis plus une femme, c'est affreux, « je n'ai pas mérité cela ». Elle se lamente sans cesse et redouble ses plaintes et ses gémissements dès qu'on s'approche d'elle. Cet état anxieux persiste malgré l'usage de petites doses de morphine et des hypnotiques habituels. Pendant quelques jours, la malade manifeste en outre quelques idées d'empoisonnement ; son mari, dit-elle, a dû l'empoisonner pour la punir de l'avoir abandonné.

(Peut-être s'agit-il là d'une interprétation de sensations résultant de l'absorption de la morphine).

En décembre, la sensation de tranformation corporelle est toujours prédominante, la forme délirante seule varie ; M.... est maintenant un monstre, un boudha, un taureau : « Mon cou, « mes reins, ne sont plus ceux d'une femme, mais d'un taureau. « C'est affreux, c'est une fatalité, j'étais modiste, j'étais une « femme comme tout le monde, maintenant je suis un mys- « tère ». L'anxiété est extrême, les plaintes et les lamentations ne cessent ni jour ni nuit : M.... se frappe la poitrine, s'écorche la figure et les membres, sans pouvoir, dit-elle, se sentir elle-même.

Les bains tièdes prolongés pendant 7 et 8 heures diminuent l'agitation, amènent un calme relatif et procurent quelques heures de sommeil.

En janvier 1905, amélioration sensible, l'anxiété a beaucoup diminué, la malade ne crie plus, ne se lamente plus que quand on s'approche de son lit : elle a toujours les mêmes idées de transformation corporelle, mais présente en outre des craintes de tortures, de supplices : « Vous n'allez pas, dit-elle, me faire « souffrir, vous n'allez pas me brûler, n'est-ce pas, je ne le mé- « rite pas ».

En février, la malade est plus calme, elle ne gémit plus que par intervalles, l'anxiété est moins grande, mais la confusion et la désorientation persistent : « Je ne puis me reconnaître, je suis « un mystère, le mystère de l'Incarnation, mon mari est Jésus- « Christ, ma mère est la Vierge. Je suis vieille, très vieille, doc- « teur, ah ! je ne sais pas combien j'ai d'années, des milliers d'an- « nées peut-être, c'est affreux ».

En même temps, elle manifeste quelques idées de culpabilité et croit avoir une influence nuisible sur tout l'univers : « Je suis un « fléau, tout est bouleversé par ma faute, je suis le fléau de « Dieu, je suis la cause de la guerre, les vieux rois de France « sont morts, tous les gens vont mourir de faim par ma faute ».

En mars même état de confusion avec idées délirantes de transformation et d'énormité. Paris est immense maintenant, « nous sommes perdus dans la France. Tout est immense. Mais « qu'ai-je fait, tout est changé ». Aux questions, elle répond de même : « Depuis combien de temps je suis ici, je ne sais pas, il « y a longtemps, des années et des années. Je ne me reconnais « plus, ce n'est plus moi. Avoir été comme j'étais et me voir « ainsi ! J'étais une femme, je n'avais pas ces gros os, ces bras d'une longueur démesurée, ces mains énormes ».

En avril, l'amélioration s'accuse ; on peut entrer en communication avec la malade ; elle reconnaît parfaitement les objets et les personnes qui l'entourent, sait dire leur nom, mais prétend

qu'elles sont changées, qu'elles ne sont plus comme auparavant : « Vous êtes bien M. C.., mais vous n'êtes plus le même ; j'en ai « vu plus de cinquante des M. C... depuis que je suis ici, tous les « jours j'en vois, mais de plus vieux et de plus grands que vous. « Vous avez des quantités de frères qui vous ressemblent. C'est « comme des madame B.... (surveillante), tous les jours j'en vois « des nouvelles, elles se ressemblent mais sont toutes diffé- « rentes. La salle où j'étais quand je suis arrivée n'était pas pa- « reille à celle-ci ; ce n'était pas vieux comme maintenant ». Malgré ce débordement de conceptions délirantes,la mémoire est intacte ; la malade se rappelle exactement tous les événements de sa vie, la date de sa naissance, les particularités de son enfance, son mariage, son divorce,la naissance de sa fille, le millésime de l'année, le mois dans lequel nous sommes, etc. Elle se rend compte en outre de tout ce qui se passe autour d'elle, et malgré cela, elle est dans l'impossibilité absolue de dire son âge, répète qu'elle a des centaines d'années, ce qui semble prouver que la notion de durée lui échappe complètement. Cette abolition de la notion de durée est due vraisemblablement à ce que M.... multiplie le nombre des années de son existence comme celui des personnes. De même qu'elle croit qu'il y a plusieurs M. C..., plusieurs Mme B... etc., elle affirme, toujours à titre d'explication de l'étrangeté de ses sensations et de l'impossibilité où elle se trouve de les superposer à ses souvenirs, qu'il y a plusieurs années 1871, plusieurs années 1872, 1873, etc., et c'est grâce à cette multiplication des années qu'elle en arrive à se croire centenaire et même davantage.

En mai,l'amélioration continue. La malade prend une part de plus en plus active à ce qui se passe autour d'elle, réclame la visite de ses parents, leur écrit, demande sa sortie, etc. Toutefois elle conserve toujours les mêmes idées au sujet de la transformation de son corps ou des personnes qui l'approchent : médecins, parents, infirmières,qu'elle se représente sous des apparences diverses, multiples, tout en les identifiant parfaitement.

En juin, M... manifeste encore quelques craintes et quelques appréhensions, comme la peur d'être brûlée, mais sans véritable anxiété.

Actuellement (juillet), l'anxiété n'a pas totalement disparu, mais la malade peut cependant s'occuper une partie de la journée, travailler à l'aiguille, etc.

Il est à noter qu'à aucune période de son affection, la malade n'a attiré notre attention sur l'existence de troubles viscéraux, digestifs, respiratoires, etc. : aux questions qu'on lui adresse à ce sujet, elle répond qu'elle ne sait pas comment elle mange, comment elle digère, que son estomac est peut-être bouché, etc. ; mais il est facile de se rendre compte au ton de ses réponses que

le fonctionnement de ses viscères ne la préoccupe nullement. Son état d'anxiété a été, il est vrai, pendant toute la phase aiguë de la maladie, un obstacle à l'alimentation ; son poids pendant cette période est descendu de 60 à 50 kilos pour revenir à son chiffre primitif depuis que la malade est entrée en convalescence, mais jamais il n'y a eu un véritable refus des aliments.

D'autre part, à aucun moment, la malade n'a présenté de tendances au suicide ou aux mutilations Jamais non plus elle ne s'est livrée à des actes de violence envers les personnes.

En résumé, à la suite d'émotions dépressives et prolongées apparaît chez notre malade un état anxieux qui se traduit par de l'inquiétude, des préoccupations obsédantes, des lamentations, de l'agitation, etc.. ; à cette phase d'anxiété succède une longue période délirante caractérisée d'abord par quelques idées hypochondriaques de négation, ensuite par des idées de transformation corporelle. La malade se croit changée en chien, en taureau, en homme ; toutes les parties de son corps sont déformées, agrandies ; elle ne se reconnaît plus, se lamente sur sa métamorphose et regrette son ancienne personnalité. Limitée d'abord à sa conformation physique, cette métamorphose s'étend peu à peu à sa personne morale : elle n'est plus une femme comme les autres, elle est un être extraordinaire, la femme fléau, le mystère de l'Incarnation. L'état anxieux s'exagère au fur et à mesure que se développent et s'amplifient les idées délirantes.

Aux troubles de la perception interne s'ajoutent des troubles de la perception externe : les personnes et les objets lui paraissent changés, différents de ce qu'ils étaient autrefois ; et, comme cela s'était déjà produit pour elle-même, ces changements, bornés d'abord aux apparences extérieures, gagnent la sphère morale. Sa famille se confond avec la divinité, sa mère est la Vierge Marie, son mari est Jésus-Christ, etc. Personnes et choses prennent à ses yeux une signification nouvelle, plus ou moins en rapport avec les modifications survenues dans leurs attributs extérieurs. Mais, malgré le contenu en apparence mégalomaniaque de certaines de ses idées délirantes, la malade reste toujours angoissée. Sa parenté divine ne l'empêche pas d'être la femme fatale, le fléau du genre humain ; aussi redoute-t-elle toujours les plus

grands supplices, d'être guillotinée, brûlée ou enterrée vivante, etc.. Ce sont là évidemment des idées d'énormité dans le sens péjoratif plutôt que des idées de grandeur.

M... a perdu en outre la notion de durée et, tout en connaissant parfaitement la date de sa naissance et le millésime de l'année, elle se croit vieille de centaines et de milliers d'années et recule à l'infini dans le passé les événements de sa vie, dont elle a cependant conservé un souvenir très exact.

A cette période délirante fait suite, au bout de 5 à 6 mois, une troisième phase de calme relatif avec disparition graduelle de l'agitation et de l'anxiété. Peu à peu la malade redevient capable de se livrer à quelques travaux d'aiguille, mais continue à marmotter des paroles à voix basse et à manifester des craintes, des appréhensions, des regrets, dus sans doute à l'impossibilité où elle se trouve de concilier sa personnalité d'emprunt avec sa personnalité réelle.

Telle a été la filiation des accidents présentés par notre malade, accidents que nous devons maintenant chercher à interpréter.

En présence du tableau clinique dont nous venons de reproduire les principaux traits, il nous semble difficile de ne pas admettre qu'il s'agisse là d'un cas de délire métabolique de la personnalité, ou, si l'on veut, d'une variété du syndrome de Cotard, dans lequel les idées de négation d'organes sont remplacées par des idées de transformation corporelle.

Quelle a été l'origine de ces idées ? Les travaux de Wernicke, de Storch, de O. Foerster, — auxquels nous aurions dû joindre ceux de P. Bonnier (1) —, sur lesquels nous nous sommes appuyés récemment pour interpréter les troubles psychopathiques d'une malade qui, sans croire à la transformation de son corps, doutait cependant de la réalité de ses sensations et par suite de sa propre existence, nous permettent, croyons-nous, de ré-

(1) P. Bonnier. — *Le Vertige*, 1893. *L'Orientation*, 1900. *Le Sens des attitudes*, 1904.

pondre au moins dans une certaine mesure, à cette question (1).

Comme chez la malade à laquelle nous venons de faire allusion, nous pensons qu'en l'absence d'aucun trouble objectif de la sensibilité, d'aucun signe d'une lésion organique, les idées de transformation corporelle qui, avec l'état anxieux concomitant, ont occupé le premier plan de la scène morbide, doivent être rattachées à une perturbation, à un ébranlement des centres corticaux où sont fixées et enregistrées les images des sensations internes ou organiques, auxquelles nous devons la notion de notre existence corporelle.

Cet ébranlement, qui peut être attribué aux nombreux chocs moraux éprouvés par la malade, nous explique l'étrangeté, la bizarrerie de ses sensations, et par suite ses illusions de membres déformés, grossis, allongés, etc.. ; mais pourquoi cette même malade, en dépit du témoignage de ses sens et de toutes les affirmations qu'on lui oppose, se croit-elle métamorphosée en chien, en taureau, etc.. ? Le mécanisme de cette transformation est à coup sûr très discutable : on peut toutefois admettre que les idées de transformation corporelle n'interviennent ici qu'à titre d'explication délirante des sensations anormales, angoissantes et obsédantes éprouvées par la malade.

La multiplicité même de ces transformations, en chien, en taureau, en homme, plaide en faveur de cette hypothèse. Il se passerait là, en un mot, un phénomène analogue à celui qui s'observe chez les mélancoliques dont les conceptions délirantes, tout aussi absurdes, sont toujours secondaires à de profondes altérations de l'affectivité et de la sensibilité morale.

Le trouble de la cénesthésie cérébrale ayant envahi peu à peu l'élément organique, myopsychique, des perceptions sensorielles (en respectant leur élément spécifique), on conçoit que la malade reconnaisse et identifie jusqu'à un certain point les personnes et les choses, tout en disant qu'elles sont changées, différentes de ce qu'elles étaient autrefois, etc. Les sensations actuelles que lui

(1) G. Deny et Paul Camus. — Sur un cas d'hypocondrie aberrante due à la perte de la conscience du corps. In *Rev. de Neurologie*, 15 mai 1905.

procurent ces personnes ou ces choses étant, en outre, dépourvues de l'élément affectif ou émotionnel qui est inséparable de leur composant cénesthésique, ne peuvent plus être superposées à celles qui ont été fixées par sa mémoire ; de là, ses doutes, ses hésitations, ses perplexités et son profond état de désorientation à l'égard du monde extérieur, des notions de temps, d'espace, de durée, etc...

Quant aux conceptions délirantes de couleur mélancolique, pseudo-mégalomaniaque, qui sont venues plus tard se greffer sur ces idées de transformation du corps et du monde extérieur, ce sont des éléments surajoutés, secondaires, toujours en rapport sans doute avec la bizarrerie, l'étrangeté des sensations organiques, mais essentiellement contingentes et subordonnées à l'éducation de la malade et au milieu dans lequel elle a vécu.

En somme le psycho-syndrome de M... reconnaît le même mécanisme pathogénique que celui de la nommée I... dont nous avons publié antérieurement l'observation. Les différences cliniques relevées dans les deux cas sont dues uniquement à ce que dans l'un il s'agit d'un trouble *a* ou *hypo*, et dans l'autre d'un trouble *para* de la cénesthésie. Une même formule peut donc servir à caractériser ces deux états syndromiques, dont les principaux éléments sont : 1° un *état d'anxiété avec obsession de se souvenir, de se représenter, de retrouver les sensations organiques perdues ou perverties* ; 2° *une abolition, une transformation ou une métamorphose de la conscience de la personnalité ;* 3° *une représentation incomplète ou plus ou moins méconnaissable et transfigurée du monde extérieur.*

En faisant jouer le principal rôle aux troubles de la cénesthésie cérébrale dans la genèse du délire de notre malade et des états hypochondriaques en général, nous ne faisons, du reste, que développer l'interprétation pathogénique de ces états qui a déjà été fournie par Th. Ribot, J. Cotard, Séglas, etc.

« C'est surtout, dit Cotard, dans leur *élaboration cérébrale* que les sensations s'altèrent et se transforment de la manière la plus extraordinaire. Les images intérieures, *modifiées* ou *oblitérées*, par suite d'un *état maladif des régions correspondantes de l'écorce cérébrale,* ne sont

plus adéquates à leurs excitants normaux, et les impressions, même régulièrement transmises, ne produisent plus que des sensations alarmantes par leur étrangeté (1) ».

Séglas s'exprime presque dans les mêmes termes lorsqu'il dit « que les idées hypochondriaques de négation sont en rapport avec des troubles cénesthésiques, se relient à l'altération des sensations dans leur *élaboration cérébrale*, à des perturbations de la sensibilité, elles-mêmes réveillées et entretenues par les idées délirantes (2) ».

C'est en nous appuyant sur ces données que nous avons proposé récemment de grouper, sous le terme très général de *cénesthésiopathie*, suggéré par M. E. Dupré, tous les psycho-syndromes qui paraissent liés à une altération *a*, *hypo*, *hyper* ou *para* des sensations internes ou organiques, quel que soit, du reste, le point de départ de cette altération.

Cette conception a été critiquée dernièrement par M. P. Bonnier (3) pour qui « le trouble par lequel certaines parties de nous-mêmes cessent de figurer dans la notion que nous avons de notre corps (ou nous apparaissent changées, déformées) est dû, non à la disparition des sensations organiques qui persistent aussi bien que les sensorielles, mais à une absence (ou à une perturbation) de figuration spatiale, de définition topographique des choses dont la sensation persiste. »

Dans le premier cas, il y a, d'après M. Bonnier, *hypo* ou *aschématie* (de *schema*, figuration topographique, attitude) ; dans le second *hyper* ou *para-schématie* suivant que notre représentation corporelle occupe une trop grande place, ou une place qui n'est pas sa place propre, comme dans le cas que nous venons de rapporter.

Il n'a jamais été dans notre pensée de nier le rôle capital qui revient à la notion d'espace ou de figuration spatiale, dans la connaissance de la situation respective des différentes parties de notre corps, les unes par rapport

(1) J. Cotard. — Etudes sur les maladies cérébrales et mentales, p. 388.

(2) Séglas. — Leçons clin. sur les maladies mentales et nerveuses, p. 681.

(3) *L'aschématie*, par P. Bonnier, in *Revue neurologique*, 30 juin 1905.

aux autres et par rapport aux objets extérieurs. Nous croyons toutefois que ce « sens de l'espace » est étroitement lié à l'intégrité des sensations organiques, musculaires, articulaires, segmentaires, etc., qui accompagnent toutes les perceptions sensitives et à l'intégrité des associations préétablies entre les centres de perception, les points excités de nos différents organes et les mécanismes moteurs mis en branle.

Il convient, en outre, de rappeler que chaque sensation organique possède un timbre, une tonalité propre, dont les caractères varient suivant le point du corps qui a été excité. Ce timbre ou cette tonalité réalisent donc, au moins dans une certaine mesure, un véritable signe de localisation. Les notions de figuration spatiale, de définition topographique, auxquelles M. Bonnier attache avec raison tant d'importance, loin d'être indépendantes des sensations organiques, en font donc partie intégrante.

Or, comme ce sont les images de ces sensations organiques, envisagées isolément ou associées aux perceptions sensorielles, qui forment ce que l'on désigne sous les noms de conscience ou de représentation du corps, de cénesthésie, nous croyons devoir conserver le terme de *cénesthésiopathie* qui, à défaut d'autre mérite, a du moins celui de réunir et de grouper en un seul faisceau toutes les anomalies et aberrations des sensations organiques qui constituent le fondement de tous les états neurasthéniques, psychasthéniques, hypochondriaques, etc., et qui s'observent également à la base de quelques variétés de paranoïa.

Sans doute, chez les malades que M. Bonnier cite à l'appui de sa manière de voir, il a pu y avoir « une suspension plus ou moins complète de la notion de personnalité, sans altération concomitante de la notion d'activité musculaire », c'est-à-dire de l'élément myopsychique auquel, d'après la théorie de Storch-Fœrster, nos perceptions doivent en grande partie leur objectivation, leur réalité. Mais ces malades étaient tous atteints d'affections auriculaires, de lésions labyrinthiques ; or, tout le monde sait, et M. Bonnier mieux que personne — que l'appareil auditif, est doué d'une faculté spéciale d'orientation. On ne saurait donc, à notre avis, rapprocher les malades de

M. Bonnier des nôtres, car ils introduisent dans le débat de nouveaux facteurs pathogéniques, beaucoup trop complexes pour pouvoir être étudiés ici.

Nous persistons donc à considérer les faits que nous avons relatés, — défalcation faite de leurs éléments accessoires, — comme des exemples de troubles *hypo* et *parafonctionnels de la somatopsyché* des auteurs allemands, comme des variétés *hypo* et *paracœnesthésiques* du groupe des *cœnesthésiopathies*.

PATHOLOGIE MENTALE

Les psychoses des infections aiguës (1) ;

Par le Dr E. RÉGIS,

Chargé du cours de psychiatrie à l'Université de Bordeaux.

Après quelques considérations générales sur les psychoses des infections aiguës, nous dirons un mot successivement des psychoses dans chacune des principales de ces infections.

§ I. Généralités. — Les psychoses des maladies infectieuses aiguës offrent ceci de particulier que non seulement elles ressemblent à toutes les psychoses toxiques, au grand groupe desquelles elles appartiennent, mais encore qu'elles sont identiques les unes aux autres.

1° *Moment d'apparition. Division.* — Dans toutes les infections aiguës, les troubles psychiques peuvent apparaître à quatre moments distincts : 1° au *début*, avant tout autre symptôme pour ainsi dire ; 2° à la *phase d'hyperthermie* ; 3° à la *phase de défervescence* ; 4° enfin à un moment quelconque de la *convalescence*. D'où, au point de vue chronologique, quatre variétés de psychoses dans les infections aiguës, susceptibles à la rigueur de se réduire à deux principales : 1° les *psychoses de la période*

(1) Extrait du *Précis de Psychiatrie* (3e édition, collection Testut) qui va très prochainement paraître.

aiguë ou psychoses infectieuses proprement dites, comprenant les *psychoses préfébriles* et les *psychoses fébriles*; 2° les *psychoses de la période terminale* ou psychoses post-infectieuses, comprenant les *psychoses de la défervescence* et les *psychoses de la convalescence.*

2° *Symptomatologie.* — Le type clinique des psychoses dans toutes les infections aiguës est la *confusion mentale*, c'est-à-dire la psychose caractéristique des états d'empoisonnement de l'organisme.

Durant le *stade fébrile*, la psychose infectieuse revêt ordinairement l'une des formes de la confusion mentale aiguë en particulier la forme de *délire onirique hallucinatoire*, ou celle de *délire aigu méningitique*, parfois mortel.

Le délire onirique hallucinatoire se traduit par des rêves en action, vécus, mouvementés, faits de scènes professionnelles, familiales ou purement fantastiques, de visions parfois agréables, célestes, mais le plus souvent pénibles, terrifiantes, où vivent, passent et s'agitent, comme en des tableaux cinématographiques, des animaux, des personnages grotesques, des fantômes, des démons, des assassins ; plus rarement il y existe des hallucinations et des illusions de l'ouïe, du goût, des craintes d'empoisonnement, de l'érotisme, du mysticisme, etc.. Cet état onirique ou de somnambulisme aigu, pour ainsi dire, s'accompagne d'une agitation plus ou moins vive, parfois de paroxysmes violents et souvent aussi d'impulsions panophobiques, au cours desquelles les malades, affolés par leurs terreurs hallucinatoires, se lèvent brusquement de leur lit et cherchent fébrilement à se cacher ou à s'enfuir par la première issue venue. C'est là la raison habituelle des précipitations par la fenêtre, si communes dans toutes les psychoses d'intoxication ou d'infection aiguës et vis-à-vis desquelles il faut, par suite, être prévenu.

Durant le *stade post-fébrile* et de la *convalescence*, on a affaire principalement à la *forme asthénique* de la confusion mentale, variable de degrés et de durée mais constituée essentiellement par du désarroi intellectuel, de l'obnubilation, de la stupidité, de la pseudo-démence avec ou sans délire et agitation. L'amnésie de fixation y

est d'ordinaire très marquée et, dans certains cas même, peut dominer la scène au point de légitimer la création d'une variété *amnésique* de confusion mentale. C'est ce qui a lieu notamment dans les accidents polynévritiques. .

Une autre forme de confusion mentale qui est susceptible de s'observer dans toutes les infections aiguës, soit dans la période hyperthermique, soit surtout dans la convalescence, c'est la forme à *syndrôme paralytique*, caractérisée par les symptômes mentaux et somatiques de la paralysie générale. Le tableau clinique est le même et cet état ne diffère de la paralysie générale classique que par son évolution rapide et sa tendance naturelle à la régression, à la guérison.

Ce sont là de véritables paralysies générales *régressives* ou *temporaires* (Régis) qui s'arrêtent et rétrocèdent, parce que les lésions aiguës qui les produisent s'arrêtent et rétrocèdent aussi le plus souvent.

3° *Anatomie pathologique. Pathogénie.* — Les lésions cérébrales dans les psychoses des infections aiguës sont en effet celles de la paralysie générale, c'est-à-dire des lésions de *méningo-encéphalite diffuse*, mais de méningo-encéphalite diffuse aiguë.

Elles consistent en œdème du cerveau, vascularisation active, altération à divers degrés des cellules et des fibres, prolifération de la névroglie.

Il s'y joint parfois des lésions des viscères, en particulier du cœur, du foie et des reins. Au point de vue *pathogénique*, les psychoses des maladies infectieuses aiguës sont le résultat, ainsi que Chardon l'a bien indiqué dans sa thèse (1899) : 1° soit de l'action directe des microbes localisés dans les centres nerveux ; 2° soit de l'action des produits sécrétés par les microbes ou toxines ; 3° soit de l'auto-intoxication secondaire résultant de l'atteinte des viscères ou de la non-élimination des poisons.

4° *Diagnostic.* — Les *psychoses du début* des infections aiguës, celles qui éclatent avant tout autre manifestation morbide bien évidente, risquent d'être prises pour de la *folie ordinaire*, de la *vésanie*, notamment pour un accès

de *manie*. L'erreur a été fréquemment commise, elle l'est encore et sa conséquence presque obligée est l'internement regrettable, dans un asile d'aliénés, d'un malade à la phase initiale d'une fièvre typhoïde, d'une pneumonie, d'une grippe, etc. C'est en grande partie pour obvier à des méprises de ce genre que les chefs de service ont en tous lieux demandé l'organisation, dans chaque grand hôpital de salles ou chambres d'observation spéciales, et que le Congrès des aliénistes et neurologistes a émis, en 1901, un vœu unanime en faveur de cette création, qui permettrait « de ne transférer les malades délirants et agités des hôpitaux dans les asiles, qu'après aliénation mentale confirmée ».

Quoi qu'il en soit, il est des signes qui peuvent permettre au médecin d'établir le diagnostic de psychose infectieuse pré-fébrile et qui, en tous cas, l'obligent à temporiser. Ce sont : la *céphalée* prémonitoire, les modifications de l'urine et du taux urinaire, l'état saburral, la constipation opiniâtre, l'apparition de la fièvre, la brusquerie du délire, son caractère onirique, hallucinatoire, confus, son acuité. C. Rougé a insisté récemment sur ce diagnostic (1903).

Une autre erreur bien souvent commise, c'est celle qui consiste à voir dans le *délire infectieux* un *délire alcoolique*. Elle sera évitée si l'on a présent à l'esprit que le délire onirique à hallucinations professionnelles ou terrifiantes n'est pas, comme on l'a cru longtemps, le monopole exclusif de l'alcoolisme, mais bien la manifestation psychopathique ordinaire de toute intoxication et de toute infection. La constatation de ce délire signifie donc non pas alcoolisme, mais simplement intoxication ou infection. C'est à l'ensemble des autres symptômes à indiquer ensuite de quelle sorte d'empoisonnement, interne ou externe, il s'agit. Il y a lieu enfin de distinguer, suivant les cas, la psychose infectieuse de la *méningite*, de la *démence vraie*, du *délire systématisé*, de la *paralysie générale* progressive. Cette distinction n'offre pas en général de très sérieuses difficultés.

5° *Pronostic*. — Au point de vue du *pronostic*, on peut dire que, malgré leurs réactions souvent désordonnées et violentes, et malgré certains signes de déchéance en

apparence graves, les psychoses des infections aiguës aboutissent le plus souvent à la *guérison*, sauf le délire aigu méningitique, qui se termine parfois par la mort. Il faut ajouter aussi que leur guérison n'est pas toujours bien complète et qu'elles laissent fréquemment après elles les sujets diminués et en état d'*infériorité psychique*, particulièrement en ce qui concerne la *mémoire*, indépendamment de l'*amnésie lacunaire*, qui est à peu près la règle en pareil cas.

Traitement. — Au point de vue *thérapeutique*, le traitement *anti-infectieux*, *antiseptique*, général ou local, donne souvent ici d'excellents résultats. C'est donc à la cure de l'infection ou de l'auto-intoxication qu'il faut surtout recourir pour combattre et guérir le trouble mental.

Parmi les indications spéciales, celle qui s'impose avant tout est de procurer au malade un *sommeil* assez profond et assez prolongé pour que les troubles délirants et hallucinatoires ne puissent s'y manifester. Le chloral, le bromidia, mais surtout le véronal donnent à cet égard les meilleurs résultats.

Après ces considérations générales préliminaires, nous allons rapidement passer en revue, dans des articles distincts, les psychoses des maladies infectieuses aiguës suivantes : *fièvre typhoïde et typhus exanthématique* ; *grippe ou influenza* ; *pneumonie* ; *polynévrite périphérique ; fièvres éruptives* (*variole et vaccine*, *rougeole*, *scarlatine*) ; *diphtérie*, *érysipèle* ; *choléra* ; *rage* (1).

§ II. — Grippe ou influenza. — Si l'on en excepte quelques cas rares et isolés, notés antérieurement, ce n'est guère que depuis les grandes épidémies récentes que les troubles psychiques de l'influenza ont été étudiés. Citons parmi les travaux les plus importants sur le sujet, ceux de Kræpelin, Ladame, Joffroy, Kirn, Althaus, Pierret et Paret, Krypiakiewicz, Savage, Toulouse, etc...

Comme pour la fièvre typhoïde et pour toutes les infections aiguës, nous avons à examiner dans la grippe les psychoses de la période fébrile ou *psychoses pergrippales*

(1) Nous ne citerons dans cet extrait, à titre d'exemple, que ce qui a trait à la *grippe* et à la *pneumonie*.

et les psychoses de la convalescence ou *psychoses post-grippales*.

1° *Psychoses de la période aiguë.* — La grippe, de même que les autres maladies infectieuses aiguës, *débute* parfois par une crise de délire (Revilliod, Ewald, Althaus) qui, par cela même qu'il ouvre la scène morbide, peut faire croire à une folie commençante et amener l'internement. Nous avons vu plus haut, aux généralités, comment l'erreur peut être évitée.

Les *psychoses pergrippales* vraies, celles de la période fébrile ou d'état, ont été distinguées par Kirn (1891) en *délires fébriles* ou *psychoses transitoires aiguës*, caractérisées par de l'excitation ou de la dépression avec illusions, hallucinations, cris, parfois symptômes de méningite et en *psychoses proprement dites*, débutant brusquement à l'apogée de la fièvre, se traduisant par des aspects divers, agitation ou dépression, idées mélancoliques, idées de grandeur, ressemblant parfois au délire alcoolique et se terminant ordinairement au bout de quelques semaines par la guérison.

Il n'y a pas lieu, pensons-nous, de maintenir cette distinction, basée d'ailleurs sur de simples nuances, difficilement appréciables. Ce qu'il importe surtout d'indiquer, c'est que les psychoses grippales de la période fébrile se traduisent par de la *confusion mentale*, en particulier par du *délire hallucinatoire aigu* ou du *délire aigu*.

Comme toujours, ces manifestations délirantes, exclusivement nocturnes ou à paroxysmes nocturnes, sont constituées par des scènes de rêve vécues et coïncident avec de l'oligurie et une céphalée souvent très pénible, rappelant presque celle de la méningite.

L'agitation est dans certains cas des plus violentes, et le malade, principalement dans les paroxysmes de la nuit, parle, crie, s'épouvante et cherche à se lever, à s'échapper par la porte ou la fenêtre, pour fuir les dangers imaginaires que lui créent ses terrifiantes visions.

La crise délirante peut être très légère et très brève et se borner à quelques rêvasseries hallucinatoires, revenant durant quelques nuits seulement à l'entrée ou au sortir du sommeil. Elle peut aussi être continue, pro-

longée et très intense. Rarement cependant le délire aigu grippal se termine par la mort.

2° *Psychoses de la convalescence.* — Krœpelin reconnaît quatre types dans les psychoses post-infectieuses en général : 1° le *délire de collapsus* ; 2° la *démence* ou *délire hallucinatoire avec stupeur* (hallucinatorische Verwirtheit) ; 3° la *démence* ou *délire asthénique* (asthenische Verwirtheit) ; 4° la *démence aiguë* ou *stupidité*. Ces divers types s'observent dans la convalescence de la grippe ; ce ne sont, d'ailleurs, sous d'autres noms, que certaines variétés que nous avons admises à la confusion mentale, en particulier les variétés dans lesquelles dominent la torpeur et l'obtusion, c'est-à-dire des *psychoses asthéniques*.

On sait combien fréquemment la grippe laisse après elle un état d'asthénie physique et mentale profond, persistant, tenace ; il n'y a donc pas lieu de s'étonner si les psychoses de la convalescence revêtent essentiellement un caractère *asthénique*. Les malades sont hébétés, stupides, désorientés, avec, sur ce fond de pseudo-démence, de l'agitation, du délire onirique, des hallucinations et un état physique qui traduit, comme l'état psychique de dénutrition, l'épuisement de l'organisme.

Parmi les psychoses post-grippales, il faut faire une place à part à la *paralysie générale*. La grippe est en effet l'infection aiguë qui donne lieu de la façon la plus fréquente et la mieux caractérisée au syndrome paralytique. Beaucoup d'auteurs ont cité des cas de ce genre, dans lesquels rien ne manquait au tableau clinique : embarras de la parole, tremblement ataxiforme de la langue et des lèvres, inégalité des pupilles, exagération des réflexes tendineux, affaiblissement mental, délires absurdes et incohérents, etc.. Mais, et c'est en cela que réside la différence, le syndrome paralytique, dans la grippe comme dans toutes les infections aiguës, n'est ni stable, ni progressif ; les symptômes somatiques même, tels que la dysarthrie et l'inégalité pupillaire, varient d'une journée à l'autre, voire dans la même journée, et le plus souvent, de cet ensemble si menaçant, il ne reste plus rien ou que fort peu de choses au bout de quelques semaines. Le cas de Krypiakiewicz, dans lequel la démence

et la parésie s'accentuèrent progressivement est, à ce point de vue, exceptionnel, de même que le cas plus récent de G. Borie, de Cumberland, terminé en sept mois par la mort, dans lequel le malade avait contracté la syphilis après l'influenza. La paralysie générale de la grippe, si elle est une *vraie* et non une *pseudo*-paralysie générale, est donc bien le type de ces paralysies générales *régressives* ou *temporaires* auxquelles donnent lieu les infections aiguës.

3° *Pathogénie. Anatomie pathologique.* — Les psychoses de la grippe ont la même origine que toutes les psychoses des maladies infectieuses aiguës : elles sont dues soit à l'action directe des microbes ou de leurs toxines, ce qui a lieu surtout dans les périodes aiguës, soit aux auto-intoxications secondaires, si fréquentes dans la convalescence, soit enfin à la dénutrition et à l'épuisement.

Quant aux *lésions anatomiques*, sur lesquelles ont insisté Pierret (1893) et Camia (1900), elles sont celles des méningo-encéphalites aiguës diffuses d'origine infectieuse, microbienne. Pierret, qui les a fort bien décrites, les résume ainsi, d'après un cas typique, avec Paret : stase des globules dans les vaisseaux, diapédèse et accumulation de globules blancs dans les gaînes, émigrations lointaines des globules blancs qui se rencontrent disséminés dans tous les espaces où ils ont accès. Dans la substance blanche comme dans la substance grise, on les observe avec leurs caractères histochimiques, tantôt rangés à la file, tantôt formant des groupes. Autour des cellules nerveuses ayant le plus souffert dans leur nutrition, on les voit réunis, contrastant par leur vitalité avec la cellule elle-même, au protoplasme trop clair, réticulé, et au noyau déformé qui tend à devenir excentrique. Sur des coupes traitées par l'acide osmique, on peut constater que beaucoup de leucocytes sont chargés de très fines granulations graisseuses, et il a semblé même à Pierret voir des bacilles très petits dans le voisinage de quelques cellules nerveuses.

4° *Pronostic.* — Les psychoses grippales, aussi bien celles de la période aiguë que celles de la convalescence,

aussi bien celles qui affectent des formes d'apparence grave, comme le syndrome paralytique, que les simples confusions asthéniques et les délires oniriques purement nocturnes, sont habituellement *curables* et ce n'est qu'exceptionnellement, dans certains cas de délire aigu fébrile, qu'elles peuvent aboutir à la mort.

Mais l'intoxication ou, comme dit Pierret, l'*intoxination* grippale a une action particulièrement neurasthénisante, épuisante. Il s'ensuit que, bien que curables, les psychoses de la grippe *durent* souvent plus longtemps que celles des autres infections. Elles sont, comme celles-ci, suivies d'une *amnésie* plus ou moins complète et d'une *asthénie mentale* plus ou moins intense et durable, moins marquées cependant qu'à la suite de la fièvre typhoïde. Elles peuvent atteindre les *enfants* (Kolischer, 1896), comme les adultes.

§ III. Pneumonie. — Nous avons déjà eu l'occasion de dire que toutes les psychoses des auto-intoxications et des infections, par cela même qu'elles ressemblent au délire alcoolique, avaient été souvent confondues avec lui.

Cela est plus particulièrement vrai pour certaines d'entre elles : les psychoses *du paludisme*, des *traumatismes chirurgicaux*, de la *pneumonie*, etc. ; et encore aujourd'hui, beaucoup admettent par tradition que le délire de la pneumonie, de la pneumonie du sommet surtout, n'est pas autre chose qu'un *délire alcoolique*. Or, s'il est exact que les alcooliques présentent une aptitude spéciale à délirer sous l'influence des maladies qui les atteignent, pour la bonne raison qu'ils sont en état de chimisme instable et constamment prêts à faire de l'auto-intoxication, cette aptitude ne leur appartient certes pas en propre et on peut affirmer que, dans la très grande majorité des cas de psychoses infectieuses, la cause réelle du délire, c'est l'infection.

Il existe donc de véritables psychoses de la pneumonie, dans lesquelles nous pouvons distinguer, comme pour les précédentes : 1° les *psychoses de la période aiguë* ; 2° les *psychoses de la convalescence*.

1° *Psychoses de la période aiguë*. — Il n'est pas rare

que la pneumonie *débute par du délire*, délire habituellement brusque, agité, hallucinatoire, violent. « Il peut arriver alors que l'individu soit transporté dans un asile d'aliénés. Mais la pneumonie, qui se déclare bientôt, vient en aide pour faire cesser la méprise » (Potain, 1897). Pas toujours cependant, car on a cité des faits, celui de Desplats (1902), par exemple, où une pneumonie s'est manifestée seulement par un accès de délire aigu et l'élévation de la température. Il faut donc se méfier toujours des accès de délire hallucinatoire aigu qui surviennent brusquement, s'accompagnent de céphalée, de troubles généraux et sont rapidement suivis de fièvre. Il y a, sous roche, quelque intoxication ou quelque infection qui ne tarde pas à éclater.

Le *délire de la période d'état* de la pneumonie est très fréquent ; pour certains auteurs, il serait même presque de règle (Calandruccio 1895, Brancati 1902). Ce délire revêt habituellement l'une des *formes les plus aiguës de la confusion mentale*, en particulier la forme du *délire aigu* méningitique. « Le soir, le malade commence un peu à divaguer ; cette divagation, d'abord passagère, ne tarde pas à persister. Le sujet est pris de malaise, d'anxiété, d'agitation ; puis vient l'état somnolent et ensuite comateux. Alors les pupilles peuvent être modifiées, soit dilatées, soit contractées. Le strabisme n'est pas rare ; dans les cas graves, on observe le prolapsus de la paupière supérieure, parfois la paralysie du facial. Pour le pouls, il n'y a rien de constant ; on peut le trouver accéléré. Il y a aussi une forme apoplectique dans laquelle le malade perd connaissance, tombe dans le coma. La gravité de cette forme est excessive ; la maladie dure peu, deux ou trois jours et se termine ordinairement par la mort » (Potain).

Le délire de la période d'état de la pneumonie peut affecter aussi le type de *délire hallucinatoire aigu*, très semblable au delirium tremens et caractérisé comme lui par des visions terrifiantes d'animaux, de fantômes, de démons, d'assassins, des actes et des fugues panophobiques, de l'agitation violente, de la trémulation générale, etc. Rarement cette agitation fait place à de la *stupeur* ou alterne avec elle.

On peut observer dans le délire onirique de la pneumonie, comme dans celui de toute intoxication ou infection, une sorte d'état second ecmnésique faisant revivre le malade à une période ancienne de son existence. *The Lancet* a récemment cité un cas curieux de ce genre.

2° *Psychoses de la convalescence.* — Les *psychoses de la convalescence* de la pneumonie ont été bien étudiées depuis Baillarger, Thore, Mugnier, par divers auteurs récents, en particulier par Mairet (1887), Frœnkel, Raymond (1893), Calandruccio (1895), Coronado (1895), Moizard (1896), Fontaine (1898), etc.

Il résulte de leurs observations et de leurs travaux, très concordants, que la psychose de la convalescence de la pneumonie survient presque toujours au *moment de la chute de la fièvre*, de la *défervescence* et c'est là une particularité intéressante, car dans la plupart des maladies infectieuses aiguës, c'est pendant la convalescence proprement dite et quelquefois même assez tardivement qu'apparaissent les troubles psychiques. Aussi a-t-on vu dans ce délire un phénomène critique de la pneumonie.

Cette psychose de la défervescence a des caractères à peu près toujours identiques. Elle est essentiellement constituée par une *confusion mentale aiguë avec hallucinations* multiples et agitation très vive.

Mairet en a donné une bonne description générale. Elle éclate, fait-il remarquer, d'une manière brusque, dès les premiers moments de la convalescence, alors que la fièvre est tombée.

Elle débute le plus ordinairement par des hallucinations et des illusions de la vue et de l'ouïe. Les malades voient passer devant eux ou contre le mur des personnages fantastiques, des moines, des soldats, des fantômes qui défilent comme dans un panorama mouvant ou en des tableaux cinématographiques. Ils s'imaginent que ce sont des morts, des damnés ; c'est le diable qui leur fait voir tout cela, qui les possède. A d'autres moments, au contraire, ils aperçoivent des personnages célestes, se croient inspirés de Dieu et prêchent des heures entières bruyamment, entrecoupant leurs discours d'ignobles sottises, de propos érotiques, d'actes de salacité.

Ils entendent aussi des bruits de cloche, des glas, des

voix accusatrices ou menaçantes, et c'est alors qu'affolés, ils se précipitent violemment hors du lit pour se défendre contre ces dangers imaginaires ou pour les fuir, en se cachant derrière les meubles, en s'élançant vers la porte ou vers la fenêtre qu'ils enjambent parfois dans une de ces crises de panophobie impulsive.

Très souvent aussi, il y a des hallucinations ou des illusions du goût, créées ou entretenues par un état saburral intense et d'où naissent des idées morbides d'empoisonnement, assez actives et assez tenaces parfois pour provoquer un refus complet de tout aliment, de toute boisson, de tout remède.

Ces symptômes de délire hallucinatoire, nocturne ou nocturne et diurne, suivant leur degré, s'accompagnent d'une agitation motrice considérable, parfois suivie de stupeur. L'insomnie est la règle ; l'état général est précaire, la dénutrition très marquée.

C'est d'ailleurs à cette dénutrition, à cet épuisement de l'organisme et à l'inanition qui en résulte que Mairet et Frœnkel ont attribué le délire de la défervescence de la pneumonie. Calandruccio, Fontaine rapportent ce délire *précritique*, comme l'appelle le dernier de ces auteurs, à l'action des toxines pneumococciques, faisant remarquer que c'est le moment où ces toxines sont à leur maximum d'abondance et de virulence et où, par contre, l'organisme et le cerveau épuisés par l'infection sont à leur minimum de résistance. Fontaine observe aussi que ce délire se produit en même temps que la *crise urinaire*, si bien décrite par Roger et Gaume et par Charrin.

Le délire précritique ou de la défervescence de la pneumonie est en général *transitoire* et ne dure que quelques jours. Ce n'est qu'exceptionnellement qu'il se prolonge davantage.

Les *psychoses de la convalescence* proprement dite, c'est-à-dire celles survenant plus ou moins longtemps après la période fébrile, sont moins fréquentes que dans les autres infections aiguës. Elles y revêtent d'ailleurs les mêmes caractères de *confusion mentale asthénique* avec dépression psychique et physique intense, sans délire et sans excitation bien marqués. Griesinger et Rondot (1883) ont rapporté des cas de démence subite, d'obtusion

intellectuelle, de stupeur, compliquée ou non d'accidents paralytiques, dans la convalescence de la pneumonie.

PSYCHOLOGIE

Les phénomènes de conscience dans l'ontogenèse ;

Par J.-M. Lahy.

I. La conscience est une notion de l'introspection, notion ultime que nous attribuons aux êtres semblables à nous. Un tel criterium est susceptible d'applications très étendues. Pour les uns, c'est une simple identité morphologique de l'ensemble du soma ; pour d'autres une identité de fonctions ; pour d'autres, enfin, une identité dans l'anatomie fine des organes qui conditionnent les fonctions. Certains refusent la conscience aux animaux, la réservant à l'homme seul ; d'autres pensent qu'elle doit exister, à l'état embryonnaire dans toute la série des êtres et que la monère détient une partie de ce précieux pouvoir. Lorsqu'un problème comporte des solutions aussi diverses, on peut affirmer que les termes n'en ont pas été suffisamment définis.

Il convient de rechercher s'il existe dans les faits de conscience des signes positifs grâce auxquels le problème pourra se préciser.

Avant de commencer la recherche et l'examen de ces signes, nous devons prendre position sur une question préjudicielle. Certains philosophes réservent la conscience à l'homme seul, d'autres par l'application trop simpliste de la loi de l'évolution confèrent cette fonction à tous les êtres vivants et même aux particules infinitésimales qui constituent la matière dite brute. Nous admettons comme « un acquis de la science » la loi de l'évolution, mais nous ne saurions en faire une application trop sommaire. Si les phénomènes sont, par rapport aux phénomènes plus simples qui leur ont donné naissance, dans une dépendance absolue, il ne s'en suit pas qu'un fait nouveau est contenu comme « tout » dans ses composants.

Prenons un exemple. La chaîne est continue des phénomènes instinctifs aux phénomènes conscients, et cependant nous les différencions au point d'en faire deux entités. Nous pouvons opposer l'instinct à la conscience. Des phénomènes simples de l'irritabilité aux phénomènes de la conscience, la chaîne est progressivement plus complexe ; il ne s'ensuit pas que l'irritabilité du protoplasma et la conscience soient deux phénomènes identiques. Un phénomène peut apparaître comme un fait nouveau sans que la théorie de l'évolution soit infirmée. Lorsqu'il s'agit d'évolution ontogénique qui reproduit, transformée par accélération, l'évolution phylogénique, on observe l'apparition quasi soudaine de certains faits. L'observation de l'enfant en révèle de fréquents exemples. La conscience apparaît de cette manière ; pour être rapide dans l'ontogenèse, sa formation n'en a pas moins été très lente dans la phylogenèse. L'illusion de la conscience aux stades inférieurs de la vie humaine est produite par l'oubli de la grande loi de Fritz Müller. On peut donc être évolutionniste et admettre la possibilité de faits nouveaux dans la complication croissante des phénomènes biologiques. Ceci établi, passons à l'étude des signes positifs de la conscience et de l'époque de leur apparition dans l'évolution ontogénique.

II. Lorsqu'on enlève à un animal les parties supérieures de son cerveau (1), il est dans un état d'indifférence psychique absolue. Non seulement l'affectivité n'existe plus, mais les objets considérés en eux-mêmes ne font

(1) L'opération a été pratiquée par Goltz, en 1889-1890, sur trois chiens, dont l'un a vécu dix-huit mois sans ses hémisphères. Toute la corticalité était enlevée, sauf la circonvolution de l'incus dans la région temporale qui fut conservée pour garantir des dégénérescences le nerf optique. Toutes les parties sous-jacentes furent conservées. Voir : GOLTZ. Der Hund ohne Grosshirn. *Arch. f. d. gesam. Physiol.*, t. XLI, Cf : EDINGER. Ueber die Bedeutung der Hirnrinde im Anschlusse an den Bericht über die Untersuchung eines Hundes, dem Prof. Goltz das ganze Vorderhirn entfernt habe. *Aus. d. Verdhandl. d. Congrès f. inn. medicin*, XII, 1893 ; et H. MUNK. Ueber den Hund ohne Grosshirn, *Verhandl. der. physiol. Gesellsch. zu Berlin*, *Jahrg* 1893-4, 20 avril 1894. Nous n'avons pu nous procurer ce dernier travail dont nous avons eu connaissance par l'art. *Cerveau* de M. J. SOURY in *Dictionnaire de Physiologie* de Ch. Richet, t. II, p. 793.

plus partie du système des corps en relation de dépendance avec son propre corps. Les objets sont provocateurs de réflexes, l'animal les voit puisqu'il se dirige parmi eux, puisqu'ils peuvent l'exciter directement, mais ils ne sont pas représentés ; la combinaison des images ne s'accomplit pas, le moteur interne n'existe plus.

Chez l'homme, où les ablations chirurgicales sont rares et jamais complètes, nous pouvons observer que des troubles partiels de la connaissance sont attachés à des traumatismes partiels de la corticalité. Dans les maladies où le cortex est plus ou moins complètement atteint, dans la paralysie générale par exemple, la destruction des territoires de l'écorce amène la désagrégation de la conscience ; au point de vue anatomique, cette maladie est caractérisée par une atrophie généralisée du cerveau. L'écorce est amincie, les circonvolutions sont aplaties surtout dans la zone frontale et pariétale. Les cellules qui se trouvent dans les régions atrophiées ont perdu leurs riches arborisations, elles sont comme ébranchées, leurs contours sont arrondis, leur volume total est diminué, leur aspect est granuleux. Leur nombre est considérablement moindre et les couches qu'elles forment dans l'écorce sont confondues (1).

Les altérations de la conscience liées à ces troubles organiques sont analogues à ceux observés chez le chien décérébré. C'est l'indifférence affective, c'est la perte de la notion de rapport entre les objets. Les objets que le malade employait couramment sont usités à contre-sens, il commet toutes sortes d'anomalies dans sa tenue, dans sa conduite familiale et sociale ; « le malade devient un tout autre personnage sans qu'il s'en aperçoive » (Schüle). « Sous ce rapport, ajoute Krafft Ebing, le premier et le plus important phénomène qui se présente, c'est l'obnubilation de la conscience, un état crépusculaire de l'es-

(1) Cette confusion des couches de cellules paraît être des plus importantes au point de vue de la pathologie mentale. Elle accompagne toujours les transformations pathologiques de la cellule elle-même. Ainsi dans un cas de ramollissement *sous-cortical* ayant amené la surdité verbale, la substance corticale qui recouvrait le foyer de ramollissement présentait cette confusion caractéristique. (G. Ballet. Un cas de surdité verbale par lésion sus-nucléaire *Revue Neurologique*, 1903, p. 685-688).

prit qui, au début, permet encore souvent une lucidité temporaire, mais qui déjà,à ce stade, va épisodiquement jusqu'à la suppression du sentiment de soi-même et rompt ainsi la continuité de l'existence psychique » (1).

Ces preuves, choisies parmi les plus typiques, démontrent que l'absence de corticalité,spécialement des zones pariétales et frontales, entraîne la perte de conscience.

Nous devons nous demander si l'existence de ces mêmes régions entraîne forcément la connaissance du moi. La démonstration est ici plus délicate, car nous ne pouvons pas réaliser la néoformation des hémisphères chez un individu qui n'en possède pas et observer corrélativement l'apparition de la conscience. Nous pourrions bien prendre l'exemple des enfants, mais nous tomberions dans un cercle vicieux puisqu'il faut démontrer que, chez l'enfant, lorsqu'il y a cerveau, il y a conscience. L'anatomie comparée vient ici à notre aide. Joannes Muller a démontré que le volume des hémisphères cérébraux augmente en fonction de la diminution des ganglions de la base, à mesure que les fonctions psychiques se perfectionnent dans les différentes espèces. Cette corrélation a encore été étendue par Meynert (2) aux rapports entre la base et le sommet des pédoncules cérébraux. Les voies conductrices afférentes aux centres supérieurs augmentent proportionnellement à la diminution des voies conductrices qui sont en rapport avec les ganglions de la base. En résumé, la conscience se développe dans la série animale, en fonction du cortex et des voies directes qui le desservent.

Lorsqu'on fait l'étude anatomique, si je puis dire, de la démence, on arrive à des conclusions moins nettes, et des auteurs tels que Meynert confessent que l'atrophie des zones corticales chez les déments n'est que *souvent* en rapport avec l'aliénation. Les exceptions apparentes à la théorie que nous exposons ne la détruisent en rien. Lorsque les démences ont des caractères anatomiques connus, on observe *toujours* qu'ils impliquent une désagrégation

(1) Krafft-Ebing. — *Traité clinique de Psychiatrie.* Trad. franç., Laurent, Paris 1897, p. 665.

(2) Meynert. — *Rapport à la séance de l'Académie de Vienne,* LX, sept. 1869.

de la conscience. Mais qui dira où commence et finit l'homme raisonnable, qui fixera la part réservée aux troubles microscopiques et aux troubles macroscopiques dans les altérations de la mentalité ?

III. L'activité consciente qui nécessite l'intégrité de la corticalité apparaît chez l'enfant avec le complet développement des centres supérieurs. Mais avant que ce développement soit définitif, le cerveau se forme progressivement. Il y a toute une période d'évolution anatomique pendant laquelle la conscience se développe parallèlement. Cette période d'évolution est longue ; les psychologues l'ont bien observée et l'on peut dire qu'elle constitue la psychologie entière de l'enfant. En effet, le caractère de l'étude de l'enfant est d'être celle d'une période de formation. Au sommet de cette ascension vers la conscience claire, est l'homme adulte, au bas se trouve l'être purement réflexe, embryon, fœtus, nouveau-né. Ce qu'il convient de fixer, c'est donc la limite inférieure de l'activité consciente, le moment où le cerveau, muni de son écorce, en relation avec tout le névraxe, entre en activité.

Deux procédés nous sont offerts. C'est d'abord l'anatomie de cet organe étudiée aux divers moments de la vie du nouveau-né, et ensuite sa physiologie, c'est-à-dire les modalités de l'activité générale où nous pouvons déceler son action.

Au moment de la naissance, la morphologie du cerveau est telle, que l'on est en droit de supposer cet organe en état de fonctionner. Toutes les circonvolutions sont formées, distinctes les unes des autres, sauf celles de la région frontale où se trouvent le centre des récentes acquisitions phylogéniques, le langage articulé et l'écriture (1). Un mois après la naissance, le cerveau est, toute proportion gardée, complètement développé, mais son anatomie fine décèle de telles lacunes que toute activité fonctionnelle doit lui être refusée « les lobes cérébraux de l'enfant nouveau-né tiennent le juste milieu

(1) Voir M. H.-C. Gordinier. — *American Journal of the medical science*, 1903, p. 490-503, pour un fait récent sur cette localisation.

entre ceux du chimpanzé et ceux de l'homme adulte » (1); il ne faut pas en conclure que le nouveau-né est psychologiquement plus développé que les anthropoïdes. L'arsenal de pensée des singes, aussi pauvre soit-il, est utilisable. Le cerveau de cet animal est, histologiquement, en état de fonctionner ; des voies afférentes et efférentes s'y rattachent.

Chez l'enfant à la naissance, les voies des zones de la sensibilité spéciale ne sont pas constituées. Il ne peut y avoir de conscience du corps en l'absence de faisceaux moteurs, car notre conception toute schématique de la division du travail nerveux en énergie de sensation et énergie de motilité est fondée sur quelques phénomènes de dissociation, mais non sur la connaissance de la nature de l'influx nerveux. Et, d'autre part, en faisant appel aux expériences des individus décérébrés dont il va être question plus loin, l'individu qui a conservé la sensibilité thermique et algique (celles que nous sommes en droit d'accorder aux enfants très jeunes) ne connaît plus cœnesthésiquement le membre intéressé. Il est donc logique de refuser une sensibilité représentative en l'absence de localisation dans le temps (mémoire) et dans l'espace. Nous ne nous trouvons qu'en présence d'un réflexe cortical. Or, les fibres d'association qui font communiquer les régions homologues des deux hémisphères ainsi que les cellules des mêmes couches ou des couches voisines ne se myélinisent que dans l'ordre suivant : au deuxième mois, apparaissent des fibres « qui partent des centres sensitifs pour se développer dans les parties environnantes et s'y perdre » (2), ce qui n'implique aucune connexion réelle. L'union des centres d'association « ne devient évidente que plusieurs mois après la naissance et même plus tard encore » (3). On est donc fort étonné qu'un esprit comme Flechsig ait pu supposer que les relations partielles établies dans le cerveau du fœtus à terme puissent conférer une perception unique du corps. Pour qu'il

(1) Von der Kolk et Vrolik, d'après Ch. Bastian. — *Le cerveau, organe de la pensée.* Bibl. intern. Paris, vol. II, p. 12.
(2) P. Flechsig. — *Etudes sur le cerveau.* Trad. Lévi, Paris, 1898, p. 79.
(3) *Ibid.*, p. 80.

y ait perception, c'est-à-dire conscience à un degré quelconque, il faut que l'organe entier soit en état de fonctionner. Cette période de la vie correspond assez exactement à la genèse des réflexes corticaux, antérieurs aux réflexes volontaires, et postérieurs aux réflexes proprement dits ayant leur centre dans les parties inférieures du névraxe (Munk). Encore Flechsig a-t-il soin de limiter la conscience des nouveau-nés à la perception unique du corps (1), car les voies conductrices ne s'anastomosent pas avec le cerveau et les éléments histologiques du cortex n'ont pas atteint leur développement nécessaire. Les voies sensitives sont, il est vrai, myélinisées dès le huitième mois, elles vont de la périphérie aux ganglions et à l'écorce (2). Parmi elles, les voies conductrices des sensations organiques paraissent les premières, puis viennent celles des sensations spéciales dans l'ordre suivant : odorat (3), vision (4), audition (5). Mais aucune voie motrice n'est développée à la naissance. Il faut attendre la seconde ou la troisième semaine de la vie extra-utérine pour trouver des fibres motrices en voie de myélinisation. Ce n'est d'ailleurs que le commencement de cette formation histologique qui paraît indispensable à la propagation de l'influx nerveux. C'est donc au plus tôt dans la seconde semaine que l'on peut anatomiquement parler de processus conscients. Nous verrons dans l'étude physiologique que cette myélinisation précoce est insuffisante pour permettre à un acte volontaire de se produire. Il faut, dans l'état actuel de nos conceptions sur la conscience, que les réactions spéciales, locales, soient associées. Grâce à ce fait, nous pouvons avoir un critère certain du moment où l'organe de la conscience entre en fonction. Nous devons toutefois observer que les fonctions ne s'établissent pas subitement dans l'organisme en voie de construction. Un mouvement nouveau par exemple ne s'ac-

(1) P. Flechsig. — *Etudes sur le cerveau.* Trad. franç., de L. Lévi, Paris 1898, p. 76-77.

(2) P. Flechsig. — *Etudes sur le cerveau.* Trad. franç., de L. Lévi, Paris 1898, p. 62-63 ; cf. p. 64.

(3) *Ibid.*, p. 65-67-70.

(4) *Ibid.*, p. 65-66-67-68-70.

(5) *Ibid.*, p. 65-68-71.

quiert pas avec la soudaineté du premier tour de roue d'une machine. Il y a des essais, des tâtonnements dus au hasard (ou semble-t-il ainsi), puis les répétitions de plus en plus fréquentes et enfin l'acquisition définitive. Les excitants nouveaux et nombreux qui frappent et éveillent les sens à la naissance amènent des réactions ou fonctions qui mettent l'organe nouveau, le cerveau en état de fonctionner. Les anencéphales ont souvent une gestation plus longue que les individus normaux et la myélinisation n'est pas plus avancée que celle des individus dont la période embryonnaire n'est pas prolongée ; d'autre part, les prématurés commencent leur myélinisation dès qu'ils viennent au monde. Nous sommes donc obligés, en fixant la limite inférieure, de laisser toujours un moment imprécis qui variera pour chaque sujet dans l'acquisition du mouvement qui va servir de criterium.

Lorsqu'on enlève à un individu atteint d'épilepsie jacksonnienne la zone lésée de l'écorce cérébrale, on enlève, avec le mal, l'activité volontaire du membre correspondant. Le professeur Marinesco (1) a fait connaître le cas de deux jeunes gens auxquels on avait enlevé à l'un l'écorce cérébrale au niveau du centre du membre supérieur gauche, au second, les centres des mouvements de la face et des membres supérieurs et inférieurs gauches. Respectivement, neuf mois et un an après l'opération, les sujets pouvaient se servir de leurs membres, mais ils n'avaient plus le pouvoir d'exécuter certains mouvements délicats, ceux mêmes qui sont récemment acquis dans l'évolution phylogénique. Ils ne pouvaient pas faire de mouvements isolés de la main, la flexion entraînait l'adduction des doigts et l'extension produisait l'abduction. Les mouvements d'extension étaient moins aisés que ceux de la flexion. Le contraire se produisait dans le membre inférieur chez le sujet opéré du centre correspondant. Le pouce n'était plus opposable. La préhension était troublée au point que les petits objets étaient très difficilement pris et que le malade le plus atteint ne pouvait réalaser cet acte.

(1) Dr G. Marinesco. — Contribution à l'étude du mécanisme des mouvements volontaires et des fonctions du faisceau pyramidal. (*Semaine médicale*, 7 octobre 1903, p. 325-329.)

Les objets plus gros, tel qu'un porte-plume, étaient tenus entre le pouce et l'index sans opposition et, chez le deuxième sujet, dans cet acte, tous les doigts de la main devaient intervenir, se repliant sur le pouce et l'objet. Si l'objet n'est pas tenu entre le pouce et l'index, cas le plus rare, il est placé entre deux doigts consécutifs. Or, les nombreuses observations faites sur le jeune enfant par Preyer (1), Strümpell (2), Marinesco (3), par moi-même sur un enfant observé quotidiennement et sur des groupes d'enfants, il ressort que les attitudes sont les mêmes chez les enfants en bas âge que chez l'individu à qui manque l'écorce cérébrale. Le phénomène du jambier antérieur est aussi constant. Lorsqu'on fait fléchir la jambe sur la cuisse avec un léger effort, on constate que la contraction du jambier antérieur produit « un mouvement associé involontaire consistant dans l'élévation du bord interne du pied et la rotation en dedans de la plante du pied ». Le phénomène primitivement observé dans les cas d'hémiplégies organiques ou cérébrales est imputé par les auteurs à des lésions du faisceau pyramidal. Tout en considérant cette interprétation comme exacte, nous disons que l'absence d'écorce cérébrale peut, comme les troubles des voies conductrices, produire le phénomène de Strümpell. L'exemple de jacksonniens opérés en est la preuve. Une fois de plus, nous considérons comme indissoluble l'activité fonctionnelle de l'écorce rolandique et des voies nerveuses qui s'y rattachent. Le phénomène du jambier antérieur n'est pas dû, comme on pourrait le supposer, à des troubles secondaires du faisceau pyramidal, puisque ce même faisceau conduit normalement les mouvements commandés par les parties voisines saines de l'écorce (4).

(1) PREYER. — *L'âme de l'enfant*. Trad. de Varigny. Paris, 1887, p. 85, 187, 203, sq.

(2) STRÜMPELL. — Ueber das Tibialisphänomen und verwandte Muskelsynergien bei spastischen Paresen. *Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk* 1901, XX, 1, 5, 6. ; Cf. PIERRE MARIE et O. CROUZON. Le phénomène du jambier antérieur (phénomène de Strümpell). (*Revue Neurologique*, 1903, p. 729, 730.)

(3) MARINESCO. — *Loc. cit.*, p. 329.

(4) M. Marinesco a récemment démontré l'exactitude de cette

Au point de vue de la préhension, si nous nous rapportons à l'ouvrage classique de Preyer, nous trouvons qu'au quatre-vingt-quatrième jour l'enfant étreint par hasard et sans volonté (1). Au cent dix-septième jour, la volonté apparaît sous forme d'attention, de fixation de l'objet en même temps qu'un essai malhabile de saisir l'objet. A la vingt-deuxième semaine, le mode de préhension du jeune enfant est à peu près analogue à celui du deuxième opéré de Marinesco : «... La préhension est encore imparfaite en ce que les quatre doigts n'opèrent pas tous simultanément avec le pouce. Quand l'enfant voit un objet qu'il désire, il étend en général tous les doigts des deux mains, en allongeant les bras. Mais quand il a saisi le crayon ou mon doigt il se trouve souvent que le pouce et un doigt seulement se sont repliés ; d'autres fois le plus souvent, il y a deux, trois ou quatre doigts. Parfois le pouce ne prend aucune part à l'acte de la préhension » (2). A dix mois, les mouvements sont adaptés à tel point que le jeune enfant de Preyer tenait

hypothèse. Ce qu'il dit du réflexe de Babinski est aussi exact du signe de Strümpell.

« L'existence de pareils faits démontrerait d'autre part que c'est plutôt à un trouble fonctionnel, suite d'une lésion organique du cerveau, qu'à la lésion elle-même du faisceau pyramidal, qu'il faudrait rapporter le phénomène de Babinski. Ce qui me confirme dans cette manière de voir, c'est qu'il y a des paraplégies ou des hémiplégies accompagnées du signe de Babinski, et où ce signe a disparu avec la guérison ». (MARINESCO : Etudes sur le phénomène des orteils. *Revue Neurologique*, 1903, p. 493.)

« Toutes les fois que le signe de Babinski apparaît au cours d'une lésion organique du faisceau pyramidal, il n'est pas dû à la lésion même, mais à l'entrave fonctionnelle des antagonistes des orteils. Aussi la lésion organique du faisceau pyramidal n'est pas indispensable, pas même nécessaire ; ce trouble fonctionnel peut être réalisé par intoxication par le chloroforme, par la diminution de l'innervation volontaire des fléchisseurs, comme cela arrive dans le sommeil, ou bien par la prédominance de l'innervation corticale des extenseurs, éventualité qui se produit chez le nouveau-né ». (MARINESCO. Sur deux cas de paralysie flasque, etc. *Revue Neurologique*, 1904, p. 216.)

« Le phénomène des orteils ne doit pas être considéré comme l'expression immédiate d'une lésion matérielle du faisceau pyramidal, mais qu'il résulte d'un trouble fonctionnel de ce faisceau. » (MARINESCO, *ibidem*, p. 120. *Revue Neurologique*, 1904.)

(1) PREYER. — *L'âme de l'enfant*. p 2, 4 et 99.)

(2) PREYER. — *L'âme de l'enfant*. p. 206.

à la main un cheveu qu'il avait ramassé lui-même et le passait d'une main à l'autre (1). Au point de vue des mouvements de locomotion, c'est vers la même époque que le réflexe de la marche se transforme en mouvements volontaires et conscients. Baldwin note ce réflexe comme douteux au huitième mois. Au neuvième, il devient évident (2).

Les troubles que nous observons chez les Jacksonniens opérés peuvent se retrouver, moins nets il est vrai, dans des cas de troubles organiques du faisceau pyramidal. L'organe central, le seul qui nous intéresse à présent, pourrait être en état de fonctionner chez l'enfant et les voies conductrices faire seules défaut. Mais si nous faisons appel aux précédentes observations sur la myélinisation du cerveau et de la moelle, nous pouvons affirmer que ces deux régions du névraxe ayant une formation analogue dans le temps, ce qui est exact pour l'un l'est aussi pour l'autre.

La valeur des expériences de Marinesco pour notre conception de la conscience est accrue par les troubles de perception que l'on observe chez les deux sujets. La sensibilité tactile est fortement diminuée, le sens stéréognostique est perdu, de même que la perception des mouvements passifs et actifs des membres. Le sujet localise très mal. Si, au lieu d'une perte de substance relativement minime et unilatérale, on avait une absence totale du cortex, on peut imaginer dans quel marasme psychique serait l'individu. Seules, les sensations thermique ou algique sont conservées, le tableau des perceptions est conforme à celui que nous fournit l'observation de l'enfant et du fœtus. Réactions au chaud et au froid, réaction à la douleur, mais pas de connaissance du monde extérieur et de lui-même en l'absence d'éléments anatomiques nécessaires.

Enfin, nous avons réservé un caractère spécial des troubles observés chez nos Jacksonniens opérés pour le rapprocher des caractères de la motilité chez les nouveau-nés. Il s'agit de l'hypertonicité des muscles, de la

(1) Preyer. — *L'âme de l'enfant*, p. 210.

(2) Baldwin. — *L'évolution chez l'enfant et dans la race.* Trad. française, Paris, 1897, p. 74-75.

rigidité des articulations et de l'aspect spasmodique de quelques mouvements ; jusqu'au cinquième et sixième mois, époque de la fin de la myélinisation, les enfants ont des mouvements spasmodiques des membres et de la face et une contracture généralisée de tout le corps. Rapprochons encore ce fait de la transformation du réflexe des orteils de l'extension en flexion, chez les jeunes enfants vers cinq ou six mois et nous pourrons affirmer que les centres et les voies des mouvements volontaires, cortex et faisceau pyramidal, sont, à cette époque, et seulement à partir de cette époque, en état de fonctionner chez l'enfant (1).

IV. Entre l'époque de la naissance et celle du développement anatomique suffisant du cerveau (cinquième mois environ), il se produit des réactions vitales dont le caractère évolutif est marqué par la coordination et l'unification. Ces réactions préparent les voies de la conscience, mais ne doivent pas être confondues avec elle. Les organes que l'enfant possède à la naissance sont suffisants pour lui assurer la vie autonome. Il possède un cerveau dont les circonvolutions bien marquées ne feront que se caractériser en croissant. De plus, les cellules qui composent le cortex sont en nombre égal à ce qu'elles seront toute la vie ; leur pouvoir reproducteur s'est arrêté dès la période embryonnaire. Cependant ces faits sont insuffisants pour affirmer qu'à la naissance l'enfant ait une conscience, même crépusculaire. Nous possédons, dans des expériences réalisées par la nature : l'observation d'enfants nés sans cerveau et présentant les mêmes

(1) Nous avons noté plus haut que, chez les deux sujets de M. Marinesco, en l'absence de cortex, on observait la perte de la flexion et l'apparition des mouvements d'extension du membre inférieur. Voir : ANDRÉ LÉRI : Les réflexes des orteils chez les enfants. (*Revue neurologique*, 30 juillet, 1903, p. 689-692.) La moyenne est faite d'après l'observation de 166 enfants. Il est signalé des cas exceptionnels où, comme dans le cas cité par Darwin (Preyer : *L'âme de l'enfant*, p. 187), le fléchissement des orteils est prématuré. « Le septième jour, dit Darwin, je touchai la plante du pied à Doddy, avec un morceau de papier ; il retira vivement son pied et en même temps il recourba ses orteils comme le fait un enfant beaucoup plus âgé quand on le chatouille. » Cité par G. COMPAYRÉ. *L'évolution intellectuelle et morale de l'enfant*. 3e édit. Paris, 1903, p. 31.

réactions physiologiques que le nouveau-né normal (1).

Lorsque la moelle épinière existe seule, on observe des mouvements musculaires, mais les fonctions végétatives ne sont point accomplies. L'enfant ne se nourrit pas et ne respire pas (Dubois, Hubbard) (2). En somme, leur existence ne se poursuit pas hors de l'utérus. Ce fait a permis à MM. Léri et Vurpas de compléter, au moyen de la physiologie, la classification anatomique de Geoffroy Saint-Hilaire (3). Lorsque le bulbe existe, les fonctions se compliquent, on observe des vagissements et des cris, la respiration, la succion, la déglutition, la défécation, les mouvements relativement étendus, les uns spontanés, les autres en réponse aux excitations périphériques, les mouvements de défense, la thermogenèse, l'alternance entre les états de veille et de sommeil (4). Toutes ces

(1) Les travaux épars dans la littérature scientifique ont été recueillis par M. le Dr Henri DE FLEURIAN (*L'anencéphale et ses réactions vitales. Thèse de médecine de Bordeaux*, 1903). Nous citerons comme présentant le plus grand intérêt les observations rapportées par PREYER. (*Physiologie spéciale de l'embryon.* Trad. franç. Dr Wiet p. 434, s. qq). *L'âme de l'enfant.* Trad. franç. de Varigny p. 451) et l'importante monographie de MM. N. VASCHIDE et Cl. VURPAS, *in Essai sur la psychologie des monstres humains.* Paris, s. d., pp 21 à 113 avec figures).

(2) Le fœtus anencéphale de Dubois vint au monde comme une masse de matière vivante, mais non comme un organisme vivant. « L'enfant, dit-il, a exécuté quelques mouvements des membres inférieurs et supérieurs. Il n'a point fait une seule inspiration, mais les battements du cœur ont duré deux heures au moins ». L'observation de M. Hubbard est semblable en fait. « L'enfant, dit-il, se trouve être un monstre anencéphale, ses membres eurent des mouvements spasmodiques et son cœur battit fortement et régulièrement pendant vingt minutes après la coupure du cordon, mais il ne respira pas ». Rapporté par H. DE FLEURIAN, *Loc. cit.*, pp. 20 et 23.

(3) A. LERI et Cl. VURPAS. — Contribution à la classification des monstres anencéphaliques. Rôle physiologique du bulbe chez ces monstres. Commun. faite au *Congrès des médecins aliénistes*. Bruxelles, 1903.

(4) « Il est difficile d'émettre une opinion ferme sur la question du sommeil, disent MM. Vaschide et Vurpas. L'attitude était sensiblement la même le jour et la nuit. A peine pouvait-on constater une diminution très légère dans les phénomènes moteurs pendant la nuit. » La différence paraît entièrement attribuable aux changements que subit le milieu excitateur lui-même. Il n'en est pas autrement chez le nouveau-né normal où l'on ne peut guère différencier les états de veille des états de sommeil. Il y a des oscillations de l'activité motrice que l'évolution ontogénique et l'éducation or-

activités biologiques permettent à l'enfant de vivre des heures et des jours (1).

Les observations des neurologistes sur les anencéphales ne sont certainement pas rares, mais bien que la vie de ces êtres soit très brève et que leur activité soit rudimentaire, nous ne possédons qu'une seule observation complète, où les réactions vitales soient soigneusement notées et mises en parallèle avec l'étude post-mortem du névraxe, c'est la relation de MM. Vaschide et Vurpas (2). Cependant, ces auteurs ont soulevé des problèmes, et bien que leurs conclusions soient prudemment interrogatives, nous estimons qu'il est nécessaire d'y insister. Ils ont le tort, à notre avis, de parler d'activité psycho-physiologique chez un individu anencéphale. Il est regrettable aussi qu'ils aient considéré comme une même source d'activité nerveuse toutes les régions du cerveau.

Cet anencéphale est né après dix mois de gestation ; son corps, sauf la tête, était normalement conformé. Il existait toutefois une légère différence au point de vue de leur grosseur entre les deux moitiés du corps. Au-dessus des yeux très exorbités, le front n'existait pas ; à la place du crâne se trouvait « une tumeur rouge, bosselée, mollasse, bourgeonnante, couverte de croûtes, présentant à sa base un sillon profond, qui lui forme un vrai pédicule. On remarque que cette tumeur n'est animée d'aucun mouve-

donnent. Il est bien prématuré de baser une théorie du sommeil, comme phénomène psychologique, sur ces faits.

(1) Maximum 20 jours (observation Durante, *Bull. Soc. anat.* Paris, 1847, cité par de Fleurian) ; en moyenne, quelques heures seulement M. Solovtzoff a étudié un anencéphale qui vécut un mois et vingt jours, mais il ne semble pas que l'anencéphale soit primaire. L'hydrocéphalie a pu se produire progressivement depuis la période embryonnaire. A ce point de vue là, l'observation a une grande valeur, car, malgré la durée relativement longue de son existence, le sujet n'ayant pas de faisceau pyramidal qui implique une absence de cortex, c'est donc grâce aux ganglions cérébraux que la vie peut se maintenir chez les anencéphales.

(2) N. Vaschide et Cl. Vurpas. — *Essai sur la psycho-physiologie des monstres humains.* Paris, s d. pp. 21 à 113, avec fig. Qu'il me soit permis de remercier ici M. le Dr Vurpas, auteur de ce travail, pour sa complaisance à reprendre devant moi l'étude des préparations du système nerveux de son anencéphale.

ment d'expansion..., » (1). Le reste du système nerveux « se compose simplement de la moelle avec ses ganglions rachidiens, du bulbe, de la protubérance, moins les pédoncules cérébelleux moyens et de rudiments des tubercules quadrijumeaux. Au-delà, on voit un tissu scléreux adhérent aux méninges de façon à ne former avec elles qu'une seule membrane absolument indivise. A la partie moyenne de la base du crâne, on délimite assez bien la selle turcique » (2).

Les réactions vitales de ce nouveau-né étaient à peu près identiques à celles du nouveau-né normal. Il avait la respiration du type Cheyne-Stokes. Chez l'enfant normal, il en est à peu près de même. « Chez le nouveau-né, la respiration est tantôt violente, tantôt faible, entrecoupée de pauses et d'arrêts, puis rythmique, puis ensuite tantôt profonde, tantôt légère ; ce n'est que lentement que s'établit le type respiratoire qui prédomine plus tard » (3). J'ai noté moi-même le rythme respiratoire chez mon enfant à sa naissance. Au deuxième jour, je constatai des améliorations dans cette fonction surtout lorsqu'il criait. Pendant cet acte, le nouveau-né utilise accidentellement les deux temps de la respiration. C'est donc en suivant l'évolution du cri que j'ai pu observer une rapide amélioration du rythme respiratoire. C'est cependant beaucoup plus tard que la respiration seule devient tout à fait régulière. Preyer parle du vingtième mois. Pour ma part, je l'ai observée pendant le sommeil, au trois cent cinquantième jour. A cette époque correspondait un notable accroissement de l'activité mentale.

Comme chez le nouveau-né normal, la sensibilité tactile existe chez l'encéphale. « La sensibilité à la douleur existait également. Des piqûres aux pieds, aux jambes, au ventre, au niveau du nez, amenaient des mouvements de défense, qui montraient que l'impression n'était pas restée sans résultat (4). » Les mouvements de défense dont par-

(1) N. Vaschide et Cl. Vurpas. — *Essai sur la psycho-physiologie des monstres humains*, p. 23.

(2) *Ibid.*, p. 27 et 28.

(3) Preyer. — *L'âme de l'enfant*. Trad. franç. Paris, 1887, p. 181.

(4) N. Vaschide et Cl. Vurpas. — *Essai sur la psycho-physiologie des monstres humains*, p. 39.

lent les auteurs, étaient « associés, coordonnés et semblaient converger vers un but » (1).

Les mouvements de succion se montraient dès que la tétine d'un biberon touchait les lèvres et « lorsqu'on lui offrait de l'eau sucrée avec une cuillère, l'enfant avait des mouvements de lèvres pour empêcher l'issue du liquide en dehors de la cavité buccale » (2). Dans les cas d'anencéphalie observés par Arnold, Sabrazès et Ubry, la même adaptation des mouvements s'est montrée.

Il est évident qu'au premier abord, ces mouvements associés, en l'absence du cerveau, peuvent surprendre. La raison en est dans la tendance au simplisme de notre esprit. Nous sommes accoutumés à considérer l'individu comme un être à cerveau, et lorsque cet organe manque nous sommes portés à juger l'anencéphale comme nous jugerions un être normal. L'anencéphale n'a ni cerveau, ni voies pyramidales, mais il possède des systèmes de fibres qui peuvent assurer un fonctionnement synergique.

Dans tout le bulbe et la protubérance de l'anencéphale, on note l'absence de faisceau pyramidal. Il en est d'ailleurs ainsi jusqu'au bas de la moelle, mais, dans la région cervicale, tous les autres faisceaux existent et en outre les faisceaux sensitifs, le faisceau fondamental antérieur et les fibres courtes d'associations motrices et sensitives. Le rôle du faisceau fondamental antérieur doit être rappelé ici, car il apparaît comme très important en l'absence du faisceau pyramidal dont l'activité physiologique voile, chez le sujet normal, son activité propre (3). « C'est un faisceau important dans l'organisation interne du système nerveux central; il existe également très développé dans la série des vertébrés et ses fibres s'entourent d'une gaine de myé-

(1) N. Vaschide et Cl. Vurpas : *Loc. cit.*, p. 39.

(2) *Ibid.*, p. 40.

(3) Solovtzoff.— (Des difformités congénitales du système nerveux central. *Nlle Iconogr. de la Salpêtrière*, 1898, p. 368) a signalé chez les nombreux anencéphales qu'il a étudiés une absence complète des faisceaux pyramidaux, mais une présence constante du faisceau fondamental du cordon antérolatéral et des cordons postérieurs.

line à une époque peu avancée du développement ganglionnaire » (1).

Kölliker en a aussi montré l'importance en indiquant ses rapports anatomiques avec les noyaux moteurs de l'hypoglosse et les cellules d'origine des nerfs moteurs de l'œil. Il transmet les impressions qui semblent reçues par les nerfs rachidiens. De ce faisceau naissent dans la moelle des fibres en relation avec les faisceaux postérieurs. Il envoie aussi des collatérales aux XII[e] VI[e], III[e] paires et pourrait agir jusque sur l'oculo-moteur commun (2). D'autre part Spitzka a démontré que ce faisceau a beaucoup de fibres descendantes. Il met en relation les lobes optiques avec les nerfs moteurs de l'œil et les nerfs des muscles de la tête, ces rapports sont affirmés par Held, Van Gehuchten, Mahaim (3). Von Betcherew, d'après ses recherches sur les chiens nouveau-nés, est très affirmatif sur le rôle moteur de ce faisceau. « On sait, dit-il, d'une façon certaine que les voies pyramidales ne sont pas les seuls conducteurs des impulsions motrices : en effet : 1° après l'ablation totale de la zone corticale motrice ou après section des pyramidales, les animaux ne perdent pas définitivement la faculté de marcher, les troubles primitifs de la motilité s'effacent avec le temps ; 2° la section de la moitié cervicale de la moelle produit de la paresse de la motilité ; 3° on peut par l'excitation électrique, démontrer la persistance de l'excitation, dans le tronc inférieur de la moelle au niveau des cordons antérieurs et de la région ventrale des cordons latéraux, c'est-à-dire, en somme, dans le faisceau fondamental (4) ». La moelle est donc suffisamment pourvue de fibres sensitives et motrices et l'excitation peut bien parvenir aux racines nerveuses qui sont en état d'intégrité physiologique. Chez l'anencéphale, ce faisceau n'existait que dans la partie inférieure de la moelle. Mais étant donné sa constitution de fibres courtes, il est légitime de supposer

(1) Van Gehuchten, cité par Wertheimer. Article *Bulbe* du *Dict. de Physiologie* de Ch. Richet, p. 292.

(2) D'après Wertheimer, art. *Bulbe. Dictionnaire de Physiologie* de Ch. Richet.

(3) *Bulletin de l'Académie royale de Belgique*, 1895, p. 427, 640.

(4) Betcherew. — *Voies conductrices du cerveau et de la moelle.* Lyon 1900, X-849 p., fig.

que son tronçon inférieur constitue une voie conductrice suffisante. D'autant plus que dans la même région le névraxe entier est en état de fonctionner. « Malgré les lésions avancées de l'élément cellulaire les racines nerveuses ne présentent pas de dégénérescences, ni de lésions manifestes. Ces résultats sont conformes à ceux de MM. Joffroy et Huchard (1) qui, dans la paralysie infantile, n'ont pas trouvé d'altérations appréciables des racines antérieures. Remarquons aussi que sur toute la hauteur du névraxe, la substance grise est sillonnée par des ramifications fines et délicates de fibrilles richement arborisées ; ne s'agit-il pas là de filaments cylindraxiles non altérés, capables peut-être d'un fonctionnement normal ? (2). Avec un névraxe inférieur, en tel état, quels sont les mouvements qui peuvent se produire ? Les recherches expérimentales ne manquent pas pour nous renseigner, Müller, Remach, Ferrier et Yeo, Paul Bert et Maracci, en combattant la théorie des centres moteurs de la moelle, ont démontré que l'excitation des racines nerveuses produisait des mouvements synergiques. « Chez le singe, l'excitation d'une racine déterminée donne lieu à des mouvements parfaitement coordonnés (Ferrier et Yeo) ; par exemple, lors de l'excitation de la première paire thoracique on voit les membres supérieurs accomplir un mouvement approprié à la cueillette du fruit ; par l'excitation de la sixième paire cervicale, le bras s'approche de la branche ; de la septième paire, fait le geste de se redresser en se servant de la main ; de la huitième enfin il se gratte le substratum anatomique de la position assise ».

Il résulte de l'observation pathologique qu'une disposition semblable existe chez l'homme ; plusieurs racines participent souvent à l'innervation d'un seul et même muscle (3).

D'autres auteurs qui ont corroboré ces dires ont aussi

(1) JOFFROY et HUCHARD. — Contribution à l'anatomie pathologique de la paralysie spinale aiguë de l'enfance. (*Arch. médec. expérim.*, 1er janvier 1889, p. 57.)

(2) N. VASCHIDE et CL. VURPAS. — *Essai sur la psycho-physiologie des monstres humains*, p. 80.

(3) VON BETCHEREW. — *Voies conductrices du cerveau et de la moelle*. Paris, 1900, p. 178.

démontré que la synergie fonctionnelle était produite par l'excitation des centres. Sano est particulièrement affirmatif à ce sujet. « Chaque muscle, dit-il, dans ses conclusions, a son noyau d'innervation distinct » (1). On a même donné la topographie des centres de la moelle. Les divers auteurs de ces travaux sont d'accord sur les localisations, sauf quelques points de détails. J'admets volontiers que ces faits ne puissent se rapporter qu'à des individus adultes ; mais toute proportion gardée les éléments anatomiques analogues doivent produire chez les nouveau-nés des mouvements de même nature que ceux que l'on observe chez l'adulte.

Bien qu'atrophiés, les éléments de la moelle normale existent chez le monstre de M. Vurpas. Si dans son bulbe on ne rencontre pas de faisceaux moteurs, les fibres sensitives y sont bien constituées, en rapport avec des racines des troncs nerveux du moteur oculaire externe des septième et huitième paires du glosso-pharyngien, du vago-spinal, de la douzième paire et des nerfs rachidiens qui apparaissent au bas du bulbe. Les territoires desservis sont donc très étendus. L'activité est fournie aux principaux organes de vie végétative.

Dans de telles conditions on conçoit aisément la possibilité des mouvements réflexes. Mais il semble en être autrement pour les mouvements spontanés que l'expérience révèle chez les nouveau-nés et les anencéphales. Entre ces deux catégories de mouvements il n'est cependant pas besoin d'invoquer une différence de nature. Un mouvement spontané n'est qu'un réflexe répondant à une excitation interne (2). La nature de l'activité biologique du fœtus démontre bien la prédominance des mouvements spontanés sur les mouvements réflexes. Cette prédominance va s'atténuant à mesure que l'organisme s'adapte aux excitations brutales et continuelles subies par l'épiderme. Le fœtus est donc un être spinal puisque l'activité du système nerveux médullaire et l'activité des

(1) Sano. — Les localisations des fonctions motrices de la moelle épinière. *Annales de la Société médico-chirurgicale d'Anvers*, Anvers, 1898. Les localisations motrices dans la moelle lombo-sacrée. *Ibid.*

(2) Cf : H. Hoffding. — *Esquisse d'une psychologie fondée sur l'expérience*. Trad. franç. p. 115, 116, 408 sq.

ganglions rachidiens en bon état fonctionnel chez l'anencéphale assurent la synergie motrice (1). Au moment de la naissance, le fœtus devient un être bulbaire (2). De nouvelles fonctions entrent en jeu. La respiration se fait par des voies nouvelles ainsi que la digestion. Le milieu externe est subitement changé et agit beaucoup plus énergiquement que la chaude enveloppe maternelle dans laquelle le fœtus reçoit tous les éléments nutritifs qui lui sont nécessaires. Les fonctions végétatives ont des centres nerveux distincts placés dans le bulbe. Or le bulbe n'est pas un centre homogène ; il ne gouverne que les phénomènes élémentaires de la vie hiérarchiquement au-dessus des phénomènes spinaux. Les noyaux du bulbe sont isolés ; cet organe est donc insuffisant pour assurer la synergie fonctionnelle nécessaire aussitôt après la naissance. On sait combien, à la naissance, les phénomènes physiologiques sont désordonnés, mais on sait aussi combien leur régularité se produit vite. Les centres régulateurs se trouvent à proximité, immédiatement au-dessus du bulbe, ce sont très probablement les couches optiques, « centres réflexes du sens tactile dans lesquelles les impressions tactiles mettent instantanément en jeu les mouvements corporels composés » (3). Enfin dans l'évolution ontogénique comme dans l'évolution phylogénique nous voyons apparaître au-dessus des couches optiques les fonctions motrices des corps striés ; et plus tard, les fonctions de l'écorce.

En résumé l'anencéphale de MM. Vaschide et Vurpas possédait un bulbe sans ganglions cérébraux. Ces ganglions qui, avec le cortex, constituent le cerveau ont dans l'évolution des fonctions de plus en plus élevées ; or rien

(1) N. Vaschide et Cl. Vurpas. — *Loc. cit.*, p. 69.

(2) Cette notion très importante a été exposée par M. Cl. Vurpas qui appelle les monstres anencéphales capables de vivre quelques heures, des « bulbo-anencéphaliens ». — A. Léri et Cl. Vurpas. — Rôle physiologique du bulbe. *Communication faite au Congrès des médecins aliénistes*, Bruxelles, 1903.

(3) Wundt. — *Eléments de Psychologie physiologique*. Vol. I. p. 212. Nous essayons de réduire l'explication à ses éléments les plus simples, mais nous n'oublions pas la complexité des phénomènes. Il y aurait lieu d'étudier complètement le rôle des couches optiques, des tubercules quadrijumeaux et des corps striés.

ne peut nous autoriser à donner à l'un ou à l'autre le rôle de coordination dans l'activité bulbaire et spinale. Les confondre constitue une grave erreur logique sinon physiologique. Nous devons accorder aux ganglions inférieurs les fonctions les moins élevées, telles que la régulation automatique des fonctions végétatives, et réserver aux parties supérieures la conscience des fonctions.

L'analogie observée entre les réactions vitales des monstres anencéphaliens et du nouveau-né démontre l'état d'anencéphalie fonctionnelle de ce dernier. Les différences que l'on observe, telles que l'exagération des réflexes et l'existence de réflexes idio-musculaires confirment le rôle que la physiologie assigne aux ganglions cérébraux. Les ganglions inférieurs sont des centres réflexes desquels se distinguent les ganglions antérieurs que Wandt appelle « de coordination », bien que leur activité soit aussi réflexe par nature, mais avec un caractère de coordination bien évident. Des anencéphales, étudiés par M. Solovtzoff ont vécu de six jours à un mois vingt jours (1). Ils possédaient des éléments ganglionnaires défigurés, il est vrai, mais discernables. Le rudiment de cortex n'avait très vraisemblablement aucun rôle dans leur activité, puisque les voies motrices pyramidales n'existaient pas dans le névraxe. Ils possédaient donc les organes nécessaires à une régulation des fonctions végétatives ; leur vie fut sensiblement plus longue que celle des anencéphales vrais. M. Solovtzoff attribue la mort de l'enfant qui vécut cinquante jours à une complication intestinale.

Les anencéphales sont des inadaptés aux impulsions vitales en puissance dans leur organisme. Ils meurent au moment où l'ordre intervient chez les êtres normaux dans l'activité désordonnée des premières heures. Ce n'est pas l'absence d'éléments psychiques qui les fait succomber, c'est l'absence d'organes régulateurs. La coordination précède l'activité consciente. Mais aucune expérience, celle des anencéphales moins que tout autre, ne

(1) Solovtzoff. — Sur les difformités congénitales du cerveau dans leurs rapports avec les états des cellules nerveuses de la moelle. (*Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, 1898, p. 185.)

permet de réserver exclusivement au cortex les fonctions coordinatrices.

Ces fonctions existent dans les organes sous-jacents, elles vont se développant et s'unifiant à mesure que les zones les plus élevées du névraxe entrent en activité. A la corticalité sont réservés les phénomènes supérieurs de l'entendement, de la conscience.

V. — Nous avons dû, pour discuter les points qui nous paraissaient obscurs de la psychologie du nouveau-né et pour réduire à leur juste valeur des documents récents, entrer dans certains développements qui ont nui à l'unité, de ce travail. Rappelons donc les principaux points qui nous semblent dignes d'être conservés en conclusion.

La conscience nécessite l'intégrité de la corticalité. Lorsque l'activité biologique revêt, peu après la naissance, des caractères de coordination, nous ne devons y voir que le produit de l'entrée en fonction des ganglions cérébraux. Il n'y a rien de psychique dans l'activité du nouveau-né anencéphale ou normal, c'est par un abus de termes que l'on a parlé de conscience médullaire. Ce caractère d'un fait de conscience est d'être connu du sujet. Les phénomènes qui se passent dans les parties inférieures du système nerveux ne lui sont pas connues. Ce sont des réflexes ; or « la fonction de la conscience est de disjoindre, dans le temps, les réactions des sensations » (1), c'est-à-dire de transformer le réflexe en acte volontaire. Il ne peut y avoir conscience avant la première enfance. La conscience se présente comme un fait nouveau lorsque le cerveau et les voies motrices du nevraxe se constituent. On observe vers le cinquième ou sixième mois des manifestations psychologiques, formes élémentaires des phénomènes, qui, en s'agrégeant, forment la conscience. Le développement anatomique concorde avec la complexité croissante de l'activité corticale.

Le caractère de fait nouveau que revêt la conscience lorsqu'elle commence à se manifester est conforme à la théorie de l'évolution comprise comme une série d'étapes graduelles et non comme une progression conti-

(1) Ch. Sedgwick-Minot. — La conscience au point de vue biologique (*Revue scientifique*, 1902, p. 195.)

nue. Ces étapes ne sont pas fortuites et incoordonnées. Elles sont préparées par le fonctionnement intense des acquisitions antérieures. Le système nerveux s'est développé de bas en haut par étapes nécessaires dont les organes hiérarchisés sont la traduction anatomique. Lorsqu'un organe prend une importance incompatible avec son mode de développement, il se constitue un organe supérieur comme un fleuve rompt ses digues à mesure que son flot grossit et se crée un autre lit. L'ontogenèse rend plus apparentes les étapes progressives de l'évolution. A la plus haute de ces étapes correspond la fonction du cortex, la conscience claire. La corticalité apparaît ainsi comme un organe de perfectionnement. Grâce aux centres inférieurs, l'individu est en possession d'une activité biologique très complexe et très unifiée; il réalise pour son propre compte tout ce que les ancêtres ont acquis et transmis. Les fonctions supérieures non encore définitivement fixées dans l'espèce doivent être modelées de nouveau par chaque individu. Le milieu familio-social, comme éducateur et comme excitant au progrès individuel, aide à la fixation graduelle des fonctions les plus élevées.

Chez l'enfant, les états de conscience, c'est-à-dire de connaissance de soi, est un fait qui apparaît quelques jours après la naissance, lorsque le cerveau peut réagir aux excitations externes ou internes. A partir du moment où l'enfant a des réactions morphologiquement supérieures à celles des individus décérébrés, on doit admettre qu'il est apte à avoir des états de conscience.

Ce caractère ne peut marquer que le minimum de la conscience, car il est probable que cette fonction supérieure nécessite l'activité synergique de tout le cortex. C'est donc vers le cinquième ou sixième mois après la naissance que l'on peut parler d'une conscience élémentaire chez l'enfant.

CONGRÈS FRANÇAIS

DES

MÉDECINS ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES

Quinzième session tenue à Rennes du 1er au 7 août 1905.

Vœu soumis au Congrès pour le maintien du Concours actuel de l'adjuvat des Asiles d'aliénés : Adoption.

Nous donnons ci-après le résumé de la discussion dont ce vœu a été l'occasion (1). Nous le ferons suivre du texte du Projet qui l'a motivée et d'une lettre de M. le Dr Lagriffe.

Dr Dide. — Récemment, la *Société médicale des aliénistes de la Seine* a établi un projet de concours d'après lequel le recrutement des médecins des asiles de la Seine se ferait selon un mode spécial. Je tiens, avant de développer les arguments qui me paraissent plaider contre cette façon de faire, à bien dire que je suis certainement un de ceux que ce concours lèserait le moins. Quoi qu'il en soit, un très grand nombre de mes collègues ayant vivement insisté pour que je prisse la parole, je le fais, en m'excusant d'avance d'être un mauvais avocat pour une bonne cause.

Les arguments qui, d'après les protagonistes du projet, militent en sa faveur sont au nombre de trois : intérêt de la justice, intérêt scientifique, intérêt des malades.

Le premier est insoutenable. En effet, au moment où l'Administration a conféré, après concours, le titre de médecin-adjoint des asiles, elle a implicitement contracté vis-à-vis du titulaire l'engagement de lui donner pendant toute sa carrière les avantages qu'elle lui promettait à son entrée en fonctions. Un règlement ayant un effet rétroactif et limitant dans de très grandes proportions les possibilités d'avancement me semblerait foncièrement injuste ; j'allais presque dire illégal.

Le deuxième argument n'a pas plus de valeur : l'érudition des candidats est largement assurée par le *concours unique* tel qu'il existe, et je ne sache pas qu'un concours, quel qu'il soit, offre une garantie quelconque au point de vue « valeur scientifique ». Que viendra donc prouver ce nouveau concours ? D'autre part, la Seine, qui a le légitime désir de posséder l'élite des aliénistes français offrira comme poste de début Dun-sur-Auron ou Ainay-le-Château ! perspective singulièrement attrayante pour un travailleur, qui avait jusqu'alors eu à sa disposition les richesses scientifiques de villes comme Lyon, Marseille, Bordeaux, Nancy, Lille, Nantes, etc...

(1) Voir le n° 117 des *Archives*, p. 234.

Je pense plutôt que ce concours favorisera des ambitions moins nobles que celle de la gloire scientifique.

L'intérêt des malades ne saurait davantage être en jeu. Que se passera-t-il ? L'aliéniste désireux de rester dans la Seine fera sagement en restant à Paris même, son internat fini. Il partagera son temps entre sa clientèle et ses anciens chefs. Nommé suppléant, sa clientèle lui laissera moins de temps, assez cependant pour entretenir ses amitiés dans les bureaux, sans négliger ses maîtres d'hier presque collègues aujourd'hui. Une fois pourvu d'un service suburbain il se hâtera de finir sa visite pour venir à Paris voir ses clients, ses amis influents et ses relations mondaines. On en arrive à cette étrange conclusion que les malades seront entourés d'une sollicitude plus grande de la part d'un praticien surmené de la sorte, que de celle d'un aliéniste de carrière dont la préoccupation unique et constante est et sera toujours l'amélioration du sort des malades confiés à sa charge?

Dr Brousse exprime le regret de voir arriver à la fin du Congrès cette question. Il demande à ce qu'on la renvoie à un congrès prochain. Les conditions mêmes du concours ne lui paraissent pas acceptables telles qu'elles ont été proposées. « Je ne crois pas, dit-il, qu'il soit bon de faire dans les asiles, depuis l'interne jusqu'aux médecins, un ensemble ne pensant plus qu'à ce concours et plus à la clinique. Ce concours serait-il généralisé à toute la France ? Entre Paris et la province, il y a des différences. Dans la province, les fonctions sont réunies ; à Paris où il se fait une véritable spécialisation par asile, est-ce qu'il n'y a pas intérêt à approprier chaque médecin à cette spécialisation clinique ? Il n'est pas prouvé que le département de la Seine n'ait pas intérêt à cette spécialisation. Il y a aussi la question gouvernementale. Paris pourra demander au ministère, en raison des avantages si spéciaux qu'il fait à ses médecins, des garanties particulières.

Dr Cullerre. — M. Brousse dit que les asiles de la Seine forment un groupe d'asiles spécialisés. Y aura-t-il un jury spécial pour chaque maison spécialisée?

Dr Brousse. — Pour les hôpitaux, pour Nanterre, pour Bicêtre...

M. Cullerre. — Je ne crois pas que les asiles aient à y gagner.

M. Drouineau. — J'estime que la question ainsi présentée ne peut être que l'objet d'un vœu. La création du concours remonte à un certain nombre d'années, grâce à M. Bourneville. Quand nous avons eu la pratique du concours régional, nous nous sommes aperçus qu'il y avait une multiplicité de jurys et de niveaux d'appréciation du jury. Quand il y a eu un concours unique, tout le monde s'est félicité du résultat. Les jeunes gens les plus distingués des asiles de la Seine se sont rencontrés avec ceux de pro-

vince et le niveau du concours s'est élevé. Nous avons vu un chef de clinique accepter un poste de médecin-adjoint dans un asile de province ; un jeune médecin de Lyon est venu disputer au dernier concours la première place à un chef de clinique de Paris. L'administration et le ministère sont persuadés qu'ils ont atteint l'idéal pour le recrutement du personnel des médecins-adjoints des asiles de France. Les circonstances peuvent faire qu'un médecin des asiles, pour des raisons d'ordre très diverses, aura besoin d'être déplacé. Lorsqu'il serait permis à la Seine d'agir ainsi, tel autre département pourrait juger bon d'agir de même. Ce serait une désorganisation absolue. Nous avons l'expérience des concours régionaux, celles des concours centraux ; un nouveau concours ne donnerait pas un recrutement supérieur. Le ministère est lié par des précédents qu'il serait difficile de modifier. Il faudrait imaginer un procédé qui permette à tous les anciens médecins de conserver leurs droits et de les concilier avec ceux des médecins nommés par le nouveau concours. C'est une question qui suivra son cours. La protestation que les médecins d'asiles de province font entendre est absolument légitime. Ce n'est pas quand il s'agit de créer un corps qu'on abandonnera un mode de recrutement qui a donné jusque-là toute satisfaction. Nous tenons à avoir un personnel excellent, à le voir grandir et prospérer.

Dr Brousse.— Je ne sais pas si, pour arrêter une question présentée par un personnel de grand mérite lui aussi, ce soit le véritable moyen de ne pas la discuter.

Dr Régis.— Je donne mon avis en toute indépendance, puisque je ne suis nullement intéressé à la question. Je crois, comme M. l'Inspecteur, que le concours unique pour la France est excellent. Le concours spécial a l'air de dire que les médecins en chef de province ne sont pas à la hauteur des médecins de la Seine. Les médecins de province pourraient aussi se syndiquer. Je voudrais démontrer que la Seine aurait plutôt à perdre qu'à gagner. Je dis que la Seine se lierait les mains en ne se permettant pas d'appeler chez elle un médecin de province qui se serait distingué. Un autre argument : « Il y a, dit M. Brousse, une utilité à la spécialisation. » Il faut, au contraire se spécialiser le plus tard possible. Il ne faut pas s'occuper spécialement de telle ou telle folie : les folies varient suivant les régions où elles se produisent.

Dr Mannheimer. — Je suis de l'avis de M. Régis, mais je crois qu'il serait bon qu'un médecin d'asile fît de la clientèle avant d'entrer dans un asile. Le concours unique pour la France a l'inconvénient d'éloigner de Paris.

Dr Doutrebente. — Je prends la parole pour apporter la protestation de mon médecin-adjoint. Je crois, comme M. l'Inspecteur, qu'on n'a pas le droit de rompre un contrat. La loi n'a pas

d'effet rétroactif. On peut aller devant le Conseil d'Etat. Les gens qui se spécialisent, par exemple dans les colonies familiales, ne désirent que rentrer dans la Seine, dans un asile où il n'y a pas de spécialisation.

Dr Brousse. — Je ne suis pas l'avocat du projet, mais il n'est pas possible que ce projet arrive à exécution avant un an. Il serait bon que les médecins de la Seine vinssent soutenir leur opinion.

Dr Drouineau. — D'une certaine manière, je m'opposerai à un ajournement. Vous ne pouvez pas empêcher que ce projet arrive au ministère. L'an prochain on pourra également discuter.

Dr Brousse. — Ce n'est que l'an prochain qu'il sera soumis au Conseil général.

M. Doutrebente. — Les auteurs du projet fréquentent peu les Congrès. C'est une question professionnelle et on doit la discuter le plus tôt possible. Je renouvelle ma protestation. Ce projet a été fait par les mêmes qui ont demandé la suppression des médecins-adjoints de la Seine ; maintenant, ils veulent les rétablir sous un autre nom pour faire arriver, j'allais dire : les amis. Eh bien ! je le dis, car c'est la vérité. Je demande qu'on émette un vœu.

M. Foveau de Courmelles. — Je n'appartiens pas au corps des asiles, mais je suis d'avis que la spécialisation ne doit pas être poussée trop loin.

M. Pichenot. — Je m'associe aux paroles de mon collègue, M. Doutrebente.

Dr Dide. — La question de l'absence des médecins de la Seine n'est pas un obstacle. Il y en avait deux au moins qui sont partis, et qui savaient que la question serait discutée, puisque M. Leroy et moi l'avions dit à l'un d'eux. En conséquence, j'ai l'honneur de soumettre au Congrès le vœu suivant dont les termes ont été soumis à l'approbation de M. l'Inspecteur général, délégué du Ministère de l'Intérieur.

Le Congrès de Rennes, considérant que le concours unique, tel qu'il fonctionne actuellement, donne toutes les garanties et assure d'une façon complète dans tous les asiles de France le recrutement du corps médical ; émet le vœu : « **Que ce concours soit conservé dans les conditions actuelles.** »

Le vœu est adopté à l'unanimité moins deux voix.

De la création d'un concours spécial pour le recrutement des médecins des asiles d'aliénés de la Seine.

Pour compléter la discussion qui précède, nous aurions voulu reproduire l'*Exposé des motifs* tel qu'il a été présenté à la *Société médicale des asiles d'aliénés de la Seine*. Nous en sommes empêché par la longueur de cet intéressant document. Nous nous bornerons à l'insertion du *Projet de Règlement*.

Projet de règlement du concours de médecins en chef suppléants des asiles publics d'aliénés de la Seine.

1° Les médecins des asiles et autres établissements d'aliénés relevant de la Préfecture de la Seine forment un corps autonome. Ce corps comprend des médecins chefs de service et des médecins chefs suppléants (1). Ces derniers sont au nombre d'au moins un par asile.

2° Les médecins suppléants sont recrutés par un concours spécial. Les médecins chefs de service sont pris parmi les médecins suppléants par rang d'ancienneté et de concours.

3° Un concours sera ouvert toutes les fois que se produira une vacance dans les asiles du département de la Seine.

4° Pour être admis à concourir, les candidats devront justifier de la qualité de français, être docteurs en médecine depuis 5 ans et rentrer dans une des catégories suivantes : a. Médecin en chef des asiles ; b. Médecin-adjoint des asiles ; c. Chef de clinique des maladies mentales (2) ; d. Anciens internes des asiles publics d'aliénés et quartiers d'hospice nommés au concours et ayant accompli 4 années d'internat. Les années d'internat comptent dans les années de doctorat exigées. Pour les internes qui n'auraient pas terminé les quatre années d'internat dont il s'agit, en raison de leur nomination comme médecins-adjoints ou comme chefs de clinique, les années d'adjuvat ou de clinicat seront comptées comme années complémentaires d'internat.

5° Le jury du concours est formé dès que la liste des candidats a été close.

6° Chaque candidat peut se présenter à la Préfecture de la Seine pour connaître la composition du jury.

7° Si les concurrents ont à proposer des récusations, ils forment immédiatement une demande motivée, par écrit et cachetée, qu'ils remettent au Préfet de la Seine. Les candidats ont cinq jours à partir de la constitution définitive du jury pour formuler leurs réclamations.

8° Tout degré de parenté ou d'alliance entre un concurrent et l'un des membres du jury, ou entre les membres au jury, donne lieu à récusation d'office de la part de l'administration préfectorale.

9° Le jury du concours pour les places de médecins des asiles

(1) Pendant bien des années, d'ailleurs sans résultat, nous avions demandé la création de postes de médecin-adjoint (titre officiel) dans chaque asile pour *suppléer* les médecins malades ou en congé.

(2) Pourquoi exclure le chef de clinique des *Maladies nerveuses* ? Celle-ci et les *Maladies mentales* n'ont-elles pas des liens intimes ? En pratique les neurologistes font de plus en plus de l'aliénation mentale. Les aliénistes auraient dû, autrefois, s'occuper plus, qu'ils ne l'ont fait de neurologie.

du département de la Seine se compose de sept membres savoir : *Six* membres (1) tirés au sort parmi les médecins aliénistes chefs de service des asiles du département de la Seine, titulaires ou honoraires. *Un* membre (2) tiré au sort parmi les médecins aliénistes chefs de service des quartiers d'aliénés de Bicêtre et de la Salpêtrière ; ces derniers ne peuvent être portés sur la liste des membres parmi lesquels doit être tiré le jury qu'après cinq années d'exercice (3). Le tirage au sort du jury a lieu en présence de deux membres de l'administration départementale et de deux membres de la commission de surveillance des asiles de la Seine.

10° Les épreuves du concours sont réglées de la manière suivante : I. Une épreuve écrite de pathologie mentale pour laquelle il sera accordé quatre heures. II. Une épreuve clinique sur deux malades d'un service d'aliénés. Le candidat aura une heure pour l'examen des deux malades, vingt minutes de réflexion et trente minutes d'exposition. — III. Une épreuve écrite sur l'examen de deux aliénés dont l'un sera l'objet d'une consultation, l'autre l'objet d'un rapport médico-légal. Il sera accordé au candidat trente minutes pour l'examen de chacun des malades et trois heures pour la rédaction du rapport et de la consultation. — IV. Une épreuve écrite sur une question de thérapeutique des aliénés pour laquelle il sera accordé trois heures. — V. Une épreuve sur titres.

Les points de l'épreuve sur titres seront donnés au début du concours. Le maximum des points attribué à chacune des épreuves est fixé ainsi qu'il suit :

Pour la	1re	épreuve	30	points.
»	2e	»	30	»
»	3e	»	30	»
»	4e	»	20	»
»	5e	»	15	»

Dans le cas où le nombre des candidats serait supérieur au quadruple du nombre des places, les deux premières épreuves seront considérées comme éliminatoires.

11° La limite d'âge pour les fonctions de médecin en chef est fixée à 65 ans, sauf pour le Professeur de clinique et les membres de l'Académie de médecine (4).

(1) *Six* sur *dix-neuf* chefs de service.

(2) *Un* sur *sept* chefs de service (non compris les deux médecins suppléants).

(3) Pourquoi cette obligation de 5 ans ne figure-t-elle pas pour les médecins des asiles ?

(4) C'est là une innovation.. bizarre.

MÊME QUESTION (*Suite*).

1er septembre.

Monsieur et très honoré Maître,

Le bruit auquel faisait allusion mon distingué collègue le docteur Masselon dans sa lettre au *Progrès médical* du 29 juillet 1905 : *Le projet de création d'un concours spécial pour le recrutement des médecins des asiles d'aliénés de la Seine*, p. 485) était venu vers moi depuis un certain temps. Mais, comme beaucoup d'autres sans doute, j'attendais des précisions que notre collègue est venu nous apporter en partie. Aussi bien, dois-je avouer que cela n'a produit chez moi aucun étonnement; je savais en effet, pour l'avoir vu dans l'*Officiel*, la déclaration de fondation d'une *Société médicale des asiles de la Seine*, et, comme il existe déjà, au milieu de tant d'autres sociétés, une *Société Médico-psychologique* où les psychiâtres s'occupent de science, comme il existe aussi une *Association des médecins aliénistes de France* où l'on s'occupe de mutualité et de solidarité, j'étais fondé à conclure que la nouvelle association ne pouvait avoir pour but ni la science, ni la bienfaisance, mais des intérêts particuliers où les aliénistes dits de province n'avaient rien à voir (1).

Je mentirais cependant si je ne disais pas avoir été surpris par la pauvreté, je dis pauvreté pour ne paraître pas méchant, des raisons alléguées par nos collègues pour tâcher de faire redonner à la Seine ce que l'arrêté du 9 mai 1902 lui avait fort justement enlevé : un corps spécial de médecins d'asiles. Et quand je dis que cet arrêté a supprimé un corps spécial, je parle en fait et non en droit, parce que jusqu'ici les asiles de la Seine n'ont eu aucune prérogative légale : cela est évident pour le temps où les médecins d'asiles étaient nommés au choix. De cette époque en effet où le concours d'adjuvat n'existait pas, la Seine garde encore beaucoup de médecins qui ne furent pas même des élèves de ses asiles : mais à partir de l'époque où les concours régionaux ont été institués, bien que les arrêtés ministériels n'aient jamais prétendu que les médecins reçus l'étaient seulement pour la région où ils avaient passé le concours, il est arrivé que les asiles de la Seine ont tout fait pour que les médecins qui lui étaient destinés soient choisis non seulement parmi les anciens internes de ses asiles mais encore parmi les adjoints reçus dans la région de Paris ; ce qui n'empêchait pas ces derniers d'aller en attendant toucher, comme les autres, leurs émoluments en province.

Aujourd'hui, il ne peut plus être question de cela, le concours étant unique, *tous nous avons le droit de rentrer, quand notre*

(1) Notre correspondant aurait pu ajouter : ni les aliénistes de Bicêtre et de la Salpêtrière.

tour sera venu, dans les asiles de la Seine. Et j'ajoute que si cela peut être regardé comme une faveur, c'est à très juste titre que nous avons vu l'administration consacrer les droits de la province, parce que dans les deux derniers concours d'adjuvat, la dite province a montré que, tout autant que ces messieurs de Paris, elle était digne d'être comptée pour quelque chose. C'est peut-être là ce qui gêne le plus nos bons confrères de la Seine. Pourtant à nous, chez qui, comme le disait Masselon, « le désir d'arriver n'étouffe pas la notion supérieure de l'intérêt général », il avait paru que le concours institué en 1902 offrait le maximum de garanties désirables, étant donné la composition du jury ; et comme ce concours ne diffère des précédents que par le dit jury c'est donc contre celui-ci que s'élèvent nos collègues de la Seine. Peut-être le voudraient-ils plus exclusivement parisien de manière à étouffer proprement et sans bruit ces bons concurrents de province.

Mais ce sont là des raisons qui ne peuvent être dites parce qu'elles sont inavouables ; alors la Société dite médicale des asiles de la Seine en a proposé d'autres qui le sont tout autant parce qu'elles sont dénuées de bon sens, erronées, fausses ; elles sont aussi tendancieuses parce qu'elles sont de nature à jeter le discrédit sur les médecins d'asiles de province.

Après Masselon, je rappelle que les membres de la *Société médicale des asiles de la Seine* ont estimé y avoir lieu de créer un concours de médecins suppléants pour les dits asiles : 1° dans l'intérêt des malades, 2° dans l'intérêt de la science, 3° dans l'intérêt de la justice.

Est-il nécessaire de reprendre après Masselon l'examen critique de ces trois ordres d'arguments ? J'ai peur de perdre mon temps à examiner des sophismes et puisque le *Progrès médical* et les *Archives de Neurologie* ont ouvert leurs colonnes au *pour* et au *contre*, je serais curieux de voir un de nos collègues de la Seine les développer dans l'un ou l'autre de ces journaux scientifiques.

Quant à moi, je dis que les malades aliénés de la Seine ne sont pas des malades spéciaux et que les prétendre tels est commettre une erreur. Ces malades sont exactement comme les autres ; comme le montre M. le Dr Meilhon (voir *Progrès médical*, n° du 15 sept., p. 594), ils guérissent, sortent, s'évadent, se suicident, meurent comme les autres malades de Bretagne, du Languedoc, de la Provence ou de la Savoie. S'ils étaient spéciaux, il n'y aurait pas de raisons d'abord pour que cela n'ait pas été dit dans une société scientifique et ensuite pour que les malades des autres régions de la France ne soient pas, eux aussi, considérés comme tels. Et alors pourquoi, ainsi que le dit justement notre collègue, M. le Dr Levet, chaque département n'aurait-il pas son concours spécial (1) ?

(1) Voir le n° 33 du *Progrès médical*, p.531.

Quant à l'intérêt de la science, je me demande ce qu'il peut bien venir faire ici après une proposition aussi anti-scientifique que celle qui pose en principe que les aliénés de la Seine sont des malades spéciaux. Je ne veux pas l'examiner cet intérêt, je ne veux pas citer ici tous les noms de ceux qui ont travaillé en province ; Masselon a cité Morel, mais il y en a bien d'autres. *La province n'est pas seulement la terre des Congrès*......... ...., la province travaille, mais elle travaille sans bruit, parce qu'elle n'a pas oublié qu'il est antiscientifique de faire passer la rue dans son laboratoire et que la modestie et le silence sont les meilleures garanties du savoir.

Le troisième ordre d'arguments est encore plus spécieux, s'il est possible : il y est question de justice, et comme nous ne recherchons que le juste qui est le vrai et le bien, cette raison de justice est sans doute celle qui doit résumer toutes les autres. De grandes injustices auraient-elles donc été commises jusqu'ici ? On pourrait croire que les nominations de la Seine ont été souvent injustes, puisqu'au nom de la justice on veut réformer le mode de nomination. Le Dr Masselon nous signale une de ces injustices, elle est plutôt amusante : « Certains internes des asiles de la Seine, non des moins distingués... . ont la crainte de vivre éloignés de Paris ». J'ai le cœur assez tendre pour plaindre sincèrement ces internes distingués et craintifs, mais s'ils sont très distingués, ils me paraissent avoir d'autres débouchés, qu'ils se présentent à Bicêtre, à la Salpêtrière, qu'ils se présentent aux hôpitaux de Paris, à Charenton, à l'agrégation, qu'on leur donne des places de médecins-inspecteurs. Et cela me paraît très beau pour eux, car après tout il y a en France des milliers de fonctionnaires qui eux aussi vivent avec regret loin de Paris et malgré que la mode soit aux revendications et que nous en ayons vu de bien des sortes, celle de la *Société médicale des asiles de la Seine* m'apparaît comme savoureuse et digne d'être retenue.

Dans tous les cas, les internes distingués ont un moyen de rester peu de temps éloignés de Paris, c'est de se faire distinguer par le jury des concours d'adjuvat, de se classer premiers, de manière que, lorsque leur tour sera venu, ils puissent en toute justice demander la meilleure place, que je leur souhaite être une place dans la Seine.

Je considère que la mesure réclamée par nos collègues de la Seine serait au contraire une mesure d'exception dont le caractère est d'être, au suprême degré, injuste. En plus des résultats surprenants signalés par M. le Dr Meilhon, elle présenterait celui de voir arriver à la suppléance de la Seine des candidats malheureux de l'adjuvat, passés au filtre supplémentaire dont parle le Dr Levet. Je ne désire même pas, comme ce dernier, voir recruter les seuls médecins en chef de la Seine par un concours où l'on ver-

rait des collègues se jugeant les uns les autres, car il serait beaucoup plus simple alors de mettre toutes les places de médecins-directeurs ou en chef au concours. Les asiles de la Seine comme les autres asiles de France sont soumis au droit commun et ce qu'est vrai pour les uns est vrai pour les autres.

Avec la majorité de mes collègues d'asiles, je considère que le concours institué le 9 mai 1902 constitue jusqu'ici le moyen le plus rationnel, le plus scientifique et le plus juste pour tous les asiles de France de se créer un corps médical, que ce concours est le seul qui ait donné à la province les garanties d'impartialité auxquelles elle a droit par ce que son jury ne peut plus être un jury d'école ni de coterie.

Nous avons trop confiance en la direction de l'assistance et de l'hygiène publiques du Ministère de l'Intérieur pour craindre de voir aboutir les étranges désirs de nos collègues de la Seine, mais il nous a paru qu'il était de l'intérêt de tous de ne pas passer sous silence des propositions aussi tendancieuses et aussi peu confraternelles.

Dr Lucien LAGRIFFE.

Médecin des asiles publics d'aliénés de France (y compris la Seine).

Nous continuons à laisser les *Archives* ouvertes à ceux de nos collègues qui auraient de nouvelles observations *pour* ou *contre* le projet. (Voir la lettre de M. le Dr Meilhon sur le même sujet, dans le n° 37 du *Progrès Médical*, p. 594). B.

REVUE DE PATHOLOGIE NERVEUSE

I. — **Myotonie avec atrophie musculaire**; par LANNOIS. (*Nouv. Icon. de la Salpêtrière*, 1904, n° 6.)

Début à 33 ans par des phénomènes tabétiformes (douleurs fulgurantes, steppage, abolition du réflexe rotulien) qui en réalité reconnaissaient pour cause une atrophie musculaire à distribution segmentaire occupant les avant-bras et surtout les jambes ; apparition d'une myotonie (lenteur de la décontraction musculaire) absolument comparable à celle congénitale de la maladie de Thomsen. Réaction électrique myotonique. A l'examen biopsique, lésions histologiques de la myopathie progressive. L'auteur signale d'autres cas publiés de myotonie atrophique ; de tels faits, dit-il, « établissent un rapport évident entre la myotonie et la

myopathie et sont un bon argument clinique en faveur de la nature myopathique de la maladie de Thomsen. F. T.

II. — **Troubles vasomoteurs chez une hystérique** ; par Génévrier. (*Nouv. Icon. de la Salpêtrière*, 1904, n° 6.)

Apparition chez une grande hystérique de plaques de gangrène superficielle en divers points du corps. Les accidents de cette nature seraient causés par un spasme vasculaire prolongé. F. T.

III. — **Maladie de Friedreich et hérédo-ataxie cérébelleuse** ; par Raymond. (*Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, 1905, nos 1 et 2.)

Le Professeur applique aux ataxies familiales l'essai de synthèse clinique qui a été tenté pour d'autres affections et qui exprime en particulier nos conceptions actuelles dans la classification des maladies nerveuses, conceptions qu'autorisent d'ailleurs de plus en plus et les progrès de la technique histologique et la découverte de formes de transition entre des affections considérées jusqu'ici comme des types pathologiques distincts. Dans le groupe des ataxies familiales, P. Marie a décrit, à côté du type classique de Friedreich, un type spécial au point de vue clinique et caractérisé anatomiquement par l'atrophie du cervelet ; or il y a des cas mixtes, et le Professeur en présente deux, dont un avec examen histologique, véritables formes intermédiaires entre la maladie de Friedreih et la maladie de Marie, formes hybrides dont la fréquence a été si grande ces dernières années par rapport aux types purs qu'on est en droit de se demander si ceux-ci ne sont pas l'exception. En effet, dans plusieurs cas publiés, l'atrophie du cervelet s'associe à des lésions médullaires analogues à celles de la maladie de Friedreich ; dans d'autres, classés comme hérédo-ataxies cérébelleuses, cette atrophie manque ; bien plus une même observation est publiée par deux auteurs différents comme maladie de Marie et comme maladie de Friedreich ; enfin il faut constater l'importance grandissante (depuis que l'attention a été attirée sur ces faits) des lésions cérébelleuses, dans des cas indéniables de maladie de Friedreich. D'où il ressort que les deux formes d'ataxie héréditaire, la forme spinale et la forme cérébelleuse, ne possèdent pas de caractères cliniques et histologiques suffisamment individuels pour être considérés comme deux espèces morbides distinctes. Il faut voir dans ces deux maladies et dans les formes de transition qui les relient, des types morbides ayant tous comme point commun l'atteinte du système cérébelleux dans ses centres ou dans ses voies afférentes ou efférentes. Le mot d'hérédo-ataxie cérébelleuse prenant une plus large extension pourrait alors désigner le syndrome commun (démarche cerébelleuse, ataxie statique, incoordination, nystagmus), qui réunit dans un groupe des types

de localisation différente, toutes affections familiales dont la relative fréquence trouve son explication dans la prédisposition toute spéciale du système cérébelleux aux manifestations héréditaires. Il y aurait alors à décrire : un type spinal (type de Friedreich), un type cérébelleux (syndrome de Marie), un type bulbaire, un type bulbo-protubérantiel, un type généralisé, mais tous rattachés par le syndrome cérébelleux commun.

Ces formes intermédiaires constituent les anneaux nouveaux d'une chaîne ininterrompue et permettent de relier des faits extrêmes que l'on n'aurait pas osé rapprocher sans elles. C'est ainsi que, pour les atrophies musculaires progressives, le type Werdnig-Hoffmann est venu combler le fossé qui semblait séparer les deux grandes espèces, myélopathique et myopathique, et les relier par le même syndrome d'une lésion commune, la dégénérescence primitive du protoneurone moteur ou de son annexe, la fibre musculaire. Et il y a lieu de prévoir que l'œuvre de synthèse entreprise pour les maladies nerveuses familiales augmentera à mesure que la neuropathologie agrandira le champ de ses connaissances. F. Tissot.

IV. — **Contribution à l'étude la paralysie myasthénique** ; par H. de Léon (*Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, 1904, n° 4).

Affection rare, mais souvent méconnue, quoique cliniquement définie ; caractérisée par des paralysies musculaires avec asthénie sans atrophie, sans réactions électriques anormales, sans troubles de la sensibilité, de la réflectivité ni des sphincters ; c'est-à-dire rien que des phénomènes purement moteurs, dont la particularité est qu'ils se manifestent quelquefois à la suite d'exercices ou que, s'ils surviennent spontanément, l'exercice les aggrave et le repos les améliore toujours. Le début se fait le plus souvent par la musculature externe de l'œil (forme ophtalmoplégique), ou bien par les muscles qui reçoivent leur innervation du bulbe et de la protubérance (forme bulbo-protubérantielle), soit par les muscles du tronc et des extrémités (forme spinale). Les muscles manifestent leur atteinte par de la fatigue d'abord, puis de la parésie et enfin de la paralysie. L'auteur fait le diagnostic différentiel de ces diverses formes. Le repos général et local des organes attaqués est jusqu'à présent le traitememt le plus efficace. F. Tissot.

V. — **Paralysie des nerfs craniens d'un côté et déformations osseuses multiples d'origine probablement hérédo-syphilitique tardive** ; par M. Rose (*Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière* 1904, n° 4.)

Observation, avec photographies, intéressante par la localisation à un seul côté de la paralysie des Ve, VIe, VIIe, VIIIe, IXe et X^e pai-

res craniennes, par la multiplicité des déformations osseuses, les ostéopathies spécifiques des doigts. F. T.

VI. — **Sur l'anatomie pathologique d'une forme d'hérédo-ataxie cérébelleuse** ; par Rydel. (*Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, 1904, n° 4.)

Travail basé sur l'observation de trois frères et sœur d'une même famille chez lesquels le tableau clinique et les lésions constatées furent presque identiques : début vers la trentième année par les membres inférieurs ; douleurs lombaires, localisation des troubles de la sensibilité aux membres inférieurs, diminution de l'acuité auditive, scoliose, attitude pathologique du pied (équinisme). Dans les trois cas, extrême petitesse du système nerveux central ; dans deux, moelle aplatie, méninges spinales épaisses, racines grêles. Caractères histologiques semblables : dégénérescence des faisceaux cérébelleux direct et de Gowers, des cordons de Goll ; les colonnes de Clarke sont presque complètement dépourvues de cellules et de fibres ; diminution de volume des cornes antérieures, dont les cellules sont atrophiées, les fibres raréfiées.

L'auteur rattache ces trois cas à une forme intermédiaire entre l'hérédo-ataxie cérébelleuse de Pierre Marie et la maladie de Friedreich, des symptômes et des lésions de ces deux affections se retrouvant dans les trois observations. F. Tissot.

VII. — **Etude de la rétine dans l'amaurose tabétique** ; par André Léri. (*Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, 1904, n° 4.)

A la suite de Mœli, Holden, et par des arguments cliniques et anatomiques, Léri combat la théorie de l'origine rétinienne de l'atrophie tabétique admise par Popoff, Moxter, de Grosz, et d'après laquelle le processus dégénératif primaire aurait son point de départ dans les cellules ganglionnaires de la rétine. Chez onze tabétiques amaurotiques examinés, l'auteur a constaté la présence constante de cellules ganglionnaires, relativement nombreuses malgré l'absence ou la diminution extrême des fibres optiques. Il y avait souvent diminution marquée du nombre des neurones moyens, altération des cellules visuelles avec diminution de longueur et de nombre des fibres de Henle et peut-être parfois altération des cônes et des bâtonnets. Conclusion : le début de l'atrophie tabétique n'est pas dans la rétine. F. Tissot.

VIII. — **Spasme bilatéral des muscles du cou et de la face** ; par Gaussel. (*Nouv. Iconog., de la Salpêtrière*, 1904, n° 5.)

Observation intéressante vu la rareté des cas de spasmes fonctionnels bilatéraux.

IX. — **Note sur les concrétions calcaires dans le cerveau** ; par Guinio Catola. (*Nouv. Icon. de la Salpêtrière*, 1904, n° 5.)

Chez un tabétique artério-scléreux mort à 50 ans d'hémorrhagie cérébrale, il fut trouvé des formations calcaires dans les globus pallidus : les unes disséminées en plein tissu nerveux et indépendantes des vaisseaux, les autres disposées circulairement dans l'adventice de ceux-ci. Il n'y avait aucune réaction pathologique du tissu nerveux environnant. — Discussion sur l'origine de ces granulations. F. T.

X. — **Analyse de quelques cas d'affections cérébrales** ; par M. J. Fédorow. (*Obozrénié psichiatrii*, VIII. 1903.)

Etude raisonnée de diagnostic sur le gliome ou gliosarcome des tubercucules quadrijumeaux ; la méningo-encéphalite syphilitique ; l'infiltration gommeuse des méninges et sa progression ; la méningite syphilitique ; le typhus abdominal à symptômes cérébraux ; une tumeur de la selle turcique ou de son voisinage.

P. Keraval.

XI. — **Une observation de syringomyélie avec chéiromégalie** ; par A. Schlittenhelm. (*Neurolog. Centralbl.*, XXII, 1903.)

Cette observation présente les particularités suivantes.

L'examen aux rayons Rœntgen montre la destruction plus ou moins considérable des os des 2e et 3e phalanges dans les deux mains. La première phalange de la main gauche a conservé sa forme et son volume ; en tous cas elle n'est pas hypertrophiée : celle de la main droite présente une atrophie marquée. Les parties molles sont très fortement augmentées de volume aux deux mains : c'est pourquoi il y a chéiromégalie. Il existe donc un contraste remarquable entre l'état des os et celui des parties molles ; les premiers sont atrophiés ; les secondes hypertrophiées.

Ajoutons à cela l'association de la syringomyélie à la scoliose. (voy. *Bernhardt. Centralbl. f. Neurologie* 1889, n° 2.)

Enfin, en dépit des troubles trophiques les plus accusés et des lésions avancées de la sensibilité, l'atrophie musculaire est extrêmement faible. (Schlesinger, Marinesco, Lunz).

P. Keraval.

XII. — **Méningo-encéphalite syphilitique avec épilepsie Jacksonnienne et perte du sens stéréognostique** ; par P. M. Sniker. (*Obozrénié psiériatrii*, IX, 1904.)

Cinq attaques épileptiformes du bras gauche et de la moitié de la face ont, de concert avec une papillite des deux yeux, et une céphalée très prononcée, permis chez un homme de 30 ans, de

diagnostiquer un processus occupant les méninges cérébrales et la surface de la couche corticale au niveau des circonvolutions centrales. Il y a perte du sens stéréognostique de la main gauche sans autre trouble des autres modes de la sensibilité qu'une anomalie à peine marquée du tact et du sens musculaire. Cette perte du sens stéréognostique doit tenir aux lésions de l'écorce de la région de Rolando du côté droit, car la percussion et la pression exercées au-dessus de l'oreille droite sur le temporal et le pariétal provoquent de la douleur. P. KERAVAL.

XIII. — **Cécité psychique fonctionnelle**, par C. F. VAN VLEUTEN. (*Centralbl. f. Nervenheilkunde*, XXVIII, N. F. XVI, 1905.)

Observation minutieuse et soigneusement analysée propre à reconnaître : 1° que l'asymbolie optique peut être également purement fonctionnelle, 2° que les phénomènes asymboliques qui se montrent dans la psychose de Korsakow peuvent être le résultat des troubles fonctionnels. P. K.

XIV. — **Poliomyélite antérieure chronique et syringomyélie** ; par M. G. ROSSOLIMO. (*Neurologisch. Centralbl*, XXII, 1903.)

Observation accompagnée d'autopsie et d'examen microscopique. Il s'agit d'un malade ayant graduellement présenté un affaiblissement progressif et expansif des membres, puis progressivement de l'atrophie non cantonnée aux territoires des nerfs périphériques. Intégrité de la sensibilité et des organes du bassin. Il existait des douleurs aiguës indépendantes ; les troncs nerveux étaient sensibles ; les doigts médians de la main gauche présentaient une légère anesthésie des phalangettes terminales ; les réflexes patellaires étaient un peu exagérés ; il y avait de la cyanose des mains et des pieds. On diagnostiqua une poliomyélite s'écartant du type classique le plus simple.

La syringomyélie constitua une trouvaille nécroscopique. Si les derniers symptômes énumérés n'appartenaient point à la poliomyélite, on ne saurait espérer que leur présence en un cas analogue permît à l'avenir de diagnostiquer l'association de la syringomyélie à la poliomyélite chronique.

L'examen de la moelle révèle : 1° un processus gliomateux comprenant le territoire de la commissure postérieure et de certaines portions des cordons postérieurs, sur la hauteur de la région cervicale entière et des quatre segments supérieurs de la région dorsale ; il s'y est formé une cavité canaliculaire à l'intérieur de laquelle on trouve deux polypes de même nature qui tendent à gagner l'extrémité inférieure ; 2° des altérations chroniques occupant les cornes antérieures, sur toute la hauteur de la moelle ; les cellules multipolaires ont presque complètement disparu ; la

plupart des autres ont subi une atrophie plus ou moins prononcée : il y a atrophie des racines antérieures, du réseau des fibres des cornes antérieures, ainsi qu'une luxuriante prolifération des fibres névrogliques et des cellules araignées.

La netteté et le caractère typique des deux processus ne permettent pas, vu leur simultanéité, de croire qu'il s'agisse d'une même poussée pathologique ayant dans la substance grise centrale affecté la forme de syringomyélie gliomateuse, et, dans les cornes antérieures, celle de poliomyélite. Il s'agit plutôt de deux processus rigoureusement distincts et séparés. Après une étude détaillée des divers mécanismes possibles, l'auteur conclut : « De quelque façon que nous nous efforcions de mettre en lumière le rapport possible entre la syringomyélie et la poliomyélite chronique, nous n'arrivons pas aisément à sortir du domaine des hypothèses ; nous nous heurtons infailliblement à la statistique. Il existe actuellement, y compris notre cas, 9 observations de poliomyélite antérieure chronique ; 6 simples, 3 compliquées de syringomyélie, ce qui donne en faveur de leur association une proportion de 33 %. Il est impossible de ne voir dans cette association qu'un pur hasard, bien que nous ne soyons pas en mesure de comprendre le véritable sens de cette proportion. » P. Keraval.

XV. — **Contribution à la symptomatologie du spasme salutatoire (Epilepsia nutans)** ; par le Dr Decroly. (*Journ. de Neurologie*), 1904, n° 20.)

L'auteur relate dans ce travail les observations de quatre enfants âgés de 1 à 3 ans qui sont atteints de tic de Salaam ou de spasme salutatoire avec perte de connaissance. Sans nier qu'il puisse s'agir là d'une forme fruste d'épilepsie essentielle, M. Decroly est plutôt tenté de rattacher ces accidents à une lésion organique des centres nerveux. G. D.

XVI. — **Pachyméningite hémorrhagique compliquée d'hémorrhagies intra-pulmonaires chez un alcoolique porteur d'une cirrhose latente** ; par Heitz. (*Revue de médecine*, juillet 1904.)

Un sujet de 35 ans, alcoolique, entre dans le service du Dr Merklen, à Laënnec ; il présentait, outre le signe de Kernig, du myxœdème (?) du triceps, et absence complète des réflexes rotuliens et plantaires. Ponction lombaire le lendemain de l'entrée : les deux premiers tubes sont sanguinolents, le troisième est limpide.

Les jours suivants, la température s'élève et, la veille de la mort, apparaît le signe de Babinski-extension.

A l'autopsie, on constate un hématome du côté droit dépassant les limites de la zone rolandique avec épaississement de la dure-

mère. Le foie a l'aspect classique de la cirrhose de Laënnec, la rate est grosse, la partie moyenne du poumon gauche est détruite par des foyers hémorrhagiques. L'examen au Nissl de la région rolandique droite, et le Marchi pratiqué sur la portion supérieure du faisceau pyramidal de la moelle ne révèlent aucune lésion.

Parmi toutes les particularités que nous venons de résumer et que l'auteur accompagne de remarques judicieuses, insistons sur la présence des hémorrhagies pulmonaires que Brown-Séquard avait rencontrées dans des expériences sur les animaux dont il avait traumatisé l'encéphale (Cf. Thèse Gaumié, 1903). Lancereaux, et plus tard Wagner, avaient signalé des lésions hépatiques dans les pachyméningites. L. Wahl.

XVII. — **Observation de tremblement hystérique** ; par Boucarut. (*Revue de médecine*, juillet 1905.)

Un jeune soldat hystérique à stigmates très accusés, et présentant, outre une hérédité chargée et similaire, des crises convulsives typiques, fut pris sans cause connue d'un tremblement rythmique à oscillations assez étendues. Il ne semble pas, après la discussion très serrée dont l'auteur fait suivre son observation, qu'un autre diagnostic puisse être posé que celui d'hystérie ; rien ne rappelle ici ni l'association hystéro-tabétique, ni les chorées héréditaires, ni celle de Sydenham, ni la sclérose en plaques, ni le Friedreich. Ce cas est rapproché par Boucarut de celui d'un malade présenté à la Clinique du Pr Lépine en 1893-94 et dont il résume l'observation. L. Wahl.

XVIII. — **Le pellagro typhus** ; par le Dr G.-L. Sacconaghi. (*Gazzeta medica italiana*, nos 1, 2, 3, 4 de 1905. Brochure 51 pages Pavie, chez Marelli, 1905.)

Étude très consciencieuse et très complète dans laquelle une large place est réservée aux travaux des anciens : de Strambio, Nardi, Venturi, Landouzy père, Théophile Roussel, Verga, Billod, C. Lombroso. Le pellagro-typhus n'a évidemment aucun rapport avec l'infection éberthienne, comme l'ont déjà dit bien des auteurs.

C'est une phase, un état particulier, une forme infectieuse aiguë de la pellagre (Landouzy), quelquefois un épisode terminal de cette terrible endémie. Ce n'est point une affection autonome, encore moins une association pathologique. Une observation originale fort bien prise sert d'introduction à cet intéressant travail : l'auteur s'est assuré par la réaction de Widal, l'examen pathologique du sang, l'examen du liquide céphalo-rachidien que le diagnostic était exact. Du reste, l'autopsie, pratiquée par le Prof. Mont, a bien montré qu'on n'était pas en présence d'une véritable fièvre typhoïde : il n'y avait aucune altération des pla-

ques de Peyer ni des follicules solitaires. La marche et la symptomatologie n'étaient d'ailleurs pas celles du délire aigu. Signalons surtout la richesse en globules rouges N = 5, 325,000. Cette augmentation des hématies a déjà été signalée par différents auteurs (Seppilli, Lombroso). Le pellagro-typhus est plus commun chez la femme que chez l'homme (Morselli); il débute brusquement dans certains cas (Belmondo) et ne s'accompagne pas de manifestations cutanées en particulier de taches rosées. La température est élevée (Strambio). Le pouls peut s'élever jusqu'à 120 et il y a de la dyspnée et une température abondante et fétide. Les troubles du système neuro-musculaire sont variables, il y a de la panophobie et du subdélirium, le facies est « rouge d'une expression sauvage comme dans la manie aiguë ou alcoolique (Poussie), l'œil injecté ». Souvent il existe des contractures avec ou sans œdème, particulièrement des membres inférieurs ; du tremblement, de la carphologie, du nystagmus, de la dysphagie, parfois de véritables accès épileptiformes : « une véritable instabilité de tout le corps » (Strambio), souvent du gâtisme avec diarrhée fétide : la langue est sèche, mais pas toujours fuligineuse (Landouzy père), la soif intense; mais on ne constate ni phénomènes pulmonaires, ni épistaxis (Landouzy). La maladie évolue en 12 semaines, exceptionnellement davantage, la guérison est très exceptionnelle.

A l'autopsie, on trouve des lésions de l'intestin, mais qui ne sont pas celles de la fièvre typhoïde (Landouzy), de l'inflammation rénale, une pigmentation anormale des divers viscères et des centres nerveux même du sympathique, de l'hypertrophie de la rate (splénite hyperplasique) ; la moelle osseuse est en plein fonctionnement hémato poïétique. Ni l'auteur, ni ceux qui, avant lui, ont étudié le pellagro-typhus n'ont rencontré aucune variété d'aspergillus dans ces cas. Ils ne signalent pas davantage les corpuscules de Negri. L. Wahl.

XIX. — **Nouvelles recherches chimiques sur l'épilepsie** ; par le Dr Masoin. (*Bulletin de la Soc. de médecine mentale de Belgique*, décembre 1904.)

Dans ce très important mémoire, qui a été récompensé par l'Académie de médecine de Belgique, l'auteur a eu surtout pour but d'examiner dans quelle mesure on pouvait accepter les théories actuelles qui tendent à considérer l'épilepsie dite essentielle comme une maladie par auto-intoxication.

Le premier chapitre est consacré à l'étude des modifications qui ont été signalées au cours des 25 dernières années, dans les propriétés physico-chimiques des urines, l'élimination des sels minéraux, des substances organiques, des substances anormales, la toxicité urinaire, l'examen du sang, etc., chez les épilepti-

ques. De l'ensemble de ces travaux se dégage une conclusion générale, c'est que, chez un certain nombre d'épileptiques, les accès s'accompagnent d'une désassimilation excessive, sinon atypique de la substance albuminoïde ; altération souvent décelable dès avant l'accès, le plus souvent après, mais en aucun cas reliée à cet accès dans un rapport de cause à effet.

Le second chapitre contient l'exposé des recherches personnelles sur l'application de la diazo-réaction d'Erlich à l'étude des urines dans l'épilepsie.

Sur les onze sujets dont les urines furent recueillies quotidiennement pendant une période de 6 à 8 mois pour ces recherches, cinq seulement présentèrent d'une façon habituelle ou irrégulière le phénomène de la diazo-réaction tantôt avant, tantôt après l'accès ; chez deux autres, ce phénomène fit toujours défaut. Enfin l'examen des urines des quatre derniers malades ne fournit que des résultats intermédiaires, c'est-à-dire à tendance positive ou négative.

En présence de la divergence de ces résultats expérimentaux, dont aucune particularité de sexe, d'âge, de nombre et d'intensité des accès ne peut rendre compte, l'auteur conclut en disant que la désassimilation anormale dont l'organisme de certains épileptiques est le siège est un phénomène juxtaposé, qui n'est relié par aucun lien direct de causalité à la crise convulsive, non plus qu'inversement.

C'est un élément surajouté qui exprime simplement un degré plus accusé de l'état morbide, ne faisant donc pas nécessairement partie intégrante de la maladie ; et par conséquent, la théorie de l'auto-intoxication, malgré sa grande vraisemblance, reste encore à établir scientifiquement.

XX. — **Considérations sur l'étiologie et la pathogénie de la névrose traumatique** ; par M. Xavier Francotte. (*Bulletin de l'Académie royale de Médecine de Belgique.*— Séance du 30 juillet 1904.

La dénomination de névrose traumatique comporte un double élément, un élément clinique et un élément étiologique. Le premier consiste dans un ensemble de troubles psychiques et nerveux de nature hystérique et neurasthénique. L'élément étiologique indique comme cause de la maladie un traumatisme, c'est-à-dire une blessure, une lésion accidentelle. L'auteur essaye de démontrer que cette étiquette est trompeuse et ne doit pas être prise au pied de la lettre.

Dans une statistique de 41 cas, des blessures constatables n'ont existé que 19 fois. Chez la plupart des sujets réellement traumatisés les blessures ont été légères et les troubles nerveux ou psychiques nullement en rapport avec la gravité du trauma-

tisme. Le traumatisme n'est donc nullement nécessaire à la constitution de la maladie. L'auteur cite plusieurs observations où la blessure parut intervenir principalement pour localiser la névrose sous forme de douleurs, d'anesthésie, de paralysie sur la partie touchée.

Pour lui, le véritable facteur de la névrose est l'émotion, la frayeur (émotion-choc). Si les malades nient parfois l'émotion, c'est qu'ils en ont perdu le souvenir ou bien à cause de sa soudaineté ou bien à cause d'une inconscience passagère inaperçue ou bien par le fait d'une amnésie rétroactive.

La névrose traumatique ne suppose pas de prédisposition névropathique manifeste. Enfin, les troubles digestifs ne jouent qu'un rôle secondaire ; ils nécessitent une neurasthénie constitutionnelle et sont plutôt consécutifs à la névrose. R. Leroy.

REVUE D'ANATOMIE ET DE PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUES

XXIX. — **Histologie pathologique et pathogénie de la syringomyélie**; par Thomas et Hauser. (*Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, 1904, n° 5.)

Observation d'un cas de syringomyélie qui ne présente rien que de très classique dans son tableau clinique et l'aspect macroscopique des lésions, mais dont les caractères histologiques et le processus cavitaire semblent atypiques. La lésion initiale, fondamentale, consiste dans la néoformation de vaisseaux et l'hyperplasie de leur adventice, puis dans la végétation de feuillets conjonctifs détachés de cette adventice et disséminés dans le tissu ambiant sous forme de tractus, de bandelettes festonnées. Secondairement, autour de la lésion primitive la névroglie prolifère et les fibres nerveuses perdent leur myéline.

Fait intéressant et qui marque bien l'origine vasculaire des lésions : le processus pathologique se développe suivant la distribution spinale de certains systèmes artériels. Une deuxième étape de l'évolution anatomique aboutit à la formation de cavités médullaires : l'hypertrophie conjonctive refoule, disloque la substance nerveuse, dont elle compromet ainsi la nutrition et qui par place disparaît, se résorbe, la même régression s'étendant d'ailleurs au processus conjonctivo-vasculaire. Les tractus en végétant emprisonnent des îlots vasculo-nerveux assez semblables aux névromes de régénération de la moelle, productions fréquen-

tes et appartenant presque exclusivement à la syringomyélie. Quant à la cause première de ce complexus, ce doit être une lésion inflammatoire des vaisseaux ; il s'agit en tous cas d'une inflammation particulière, bien différente de celle qui aboutit à la sclérose avec oblitération : son caractère est de porter surtout sur la tunique externe, de se propager en dehors du vaisseau et d'exercer sur les tissus ambiants une action irritative et peut-être en même temps destructive.

Est-ce donc là, se demandent les auteurs, un type exceptionnel et irréductible de cavités médullaires ? Il résulte de leurs observations de contrôle que les lésions et le processus cavitaire décrits par eux se retrouvent au moins dans certains cas de syringomyélie. Mais alors il y a peut-être lieu de modifier notre conception pathogénique de cette maladie ? De la discussion des diverses théories émises sur la question, il découle que les cavités médullaires syringomyéliques reconnaissent une série de facteurs pathogéniques de natures fort différentes ; dès lors il n'y a plus aujourd'hui une syringomyélie, il y a des syringomyélies qui ont de commun le syndrome clinique et le développement de cavités médullaires, mais très dissemblables quant à la lésion primitive ; en d'autres termes, il n'existe pas de processus histologique spécifique de la syringomyélie. F. TISSOT.

XXX. — **Un cas de poliomyélite antérieure aiguë de l'adulte avec lésions médullaires en foyers**; par LÉRI et WILSON. (*Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, 1904, n° 6.)

Observation d'un homme de 23 ans syphilitique, ayant présenté nettement le syndrome de la paralysie ascendante aiguë. L'autopsie montra l'existence dans la moelle, en outre d'une polyomyélite antérieure généralisée, d'une double lésion en foyers ayant tout à fait l'aspect des foyers de ramollissement de la paralysie infantile et intéressant les cornes antérieures au niveau des renflements cervical et lombaire. Le point de départ des lésions était visiblement dans les vaisseaux (existence d'un vaisseau au centre de la plupart des foyers), et la cause (intoxication ou infection) de ces altérations vasculaires était vraisemblablement la syphilis. F.T.

XXXI. — **Un cas de myopathie avec rétraction ; examen anatomique** ; par CESTAN et LEJONNE. (*Nouv. Icon. de la Salpêtrière*, 1904, n° 5.)

Vérification anatomo-pathologique d'un des deux cas de myopathie familiale publiés par les auteurs dans la *Nouv. Icon. de la Salp.*, 1902, n° 1 ; il s'agit bien d'une myopathie primitive : les muscles sont d'apparence et de consistance fibreuses, ils sont atrophiés et l'atrophie est plus prononcée à la racine des membres

qu'à l'extrémité. Les faisceaux musculaires sont constitués de fibres plus ou moins dégénérées noyés dans un tissu-interstitiel épaissi, de nature fibro-adipeuse. Les fibres musculaires sont soit normales, soit hypertrophiées ou atrophiées, quelques-unes sont en voie de division longitudinale ; les noyaux en sont partout multipliés. L'atrophie semble bien débuter au niveau de l'insertion tendineuse de la fibre pour remonter ensuite dans son épaisseur ; c'est tout au moins à ce niveau que se trouve le maximun des lésions. — Le tissu interstitiel est augmenté, résultat d'un processus de sclérose fibreuse en certains endroits et d'un processus d'adipose en d'autres. C'est la nature et la topographie de ces lésions qui ont déterminé pendant la vie les rétractions constatées ; en effet, les muscles rétractés, qui étaient les fléchisseurs, avaient conservé intactes le plus grand nombre de fibres musculaires en même temps que le tissu de sclérose y était assez développé et dense ; les muscles antagonistes au contraire offraient beaucoup moins de fibres saines et étaient particulièrement infiltrés de tissu adipeux.

Le cerveau (sauf l'encéphalite aiguë hémorrhagique dont le malade est mort), la moelle et les nerfs périphériques n'offrent que des lésions de peu d'importance.

Les auteurs font remarquer qu'en dépit de la présence dans les muscles d'éléments hypertrophiés, ceux-ci étaient toujours atrophiés dans leur masse ; cette hypertrophie doit être considérée, au même titre que l'atrophie d'emblée, comme une réaction primitive du processus myopathique.

Quelle est l'origine du tissu interstitiel qui remplace les fibres musculaires disparues ? Les auteurs reconnaissent une part de vérité à chacune des deux théories ayant cours sur ce point : d'une part la sclérose des fibres musculaires (théorie de Krösing), d'autre part et surtout le périmysium interne et externe ainsi que les vaisseaux (théorie classique) concourent à sa production. De leurs observations, Cestan et Lejonne concluent à l'existence d'une forme définie de myopathie, la forme scléreuse avec rétractions.

F. Tissot.

XXXII — **Contribution à la définition de la mise en train ou de la continuation des opérations corticales** ; par R. Vogt. (*Centralbl. f. Newenheilk*, XXVII. N. F. XV, 1904.)

Toute impression, pour se graver dans l'esprit, se traduit par une série d'opérations à l'intérieur du cerveau qui lui correspondent ; ces opérations moléculaires continuent à s'effectuer pendant un temps assez court à la suite de l'impression qui leur a donné naissance. Cette persévérance des opérations corticales contribue à fixer dans l'esprit ce qui vient d'être appris. Mais si le cerveau se livre aussitôt après à un autre travail le jeu des opé-

rations précédentes disparaît ainsi que le phénomène de fixation. Ainsi si dans l'intervalle des classes l'élève ne pense à rien, les résultats de l'enseignement demeurent adhérents ; ils s'évanouissent quand l'élève se prépare aux classes suivantes parce que d'autres opérations corticales se substituent aux premières.

Il y a des gens chez qui les idées qui ont surgi dans leur cerveau subsistent infiniment longtemps. Mais en général les idées ne persévèrent que pendant quelques minutes.

Quand Kræpelin avance que le travail est facilité par un travail antécédent (c'est ce qu'il appelle la mise en train) il s'agit en réalité de la continuation des mêmes opérations corticales. Au fond, de même que la persistance des groupes syllabiques qui ont impressionné le cerveau, la mise en train ou stimulus exercé par les travaux simples suivis, cesse au bout de 5 à 10 minutes. Il semble même que le stimulus déterminé par un travail disparaît, à l'égal de l'adhérence des idées, sous l'influence d'un nouveau travail.

La tendance à la répétition ou à la résurrection inopportunes des syllabes qui viennent d'être imprimées dans le cerveau, est attribuée par Muller à la persévérance des opérations corticales, et par Kræpelin à la mise en train de ces opérations.

Au fond, mise en train et persévérance des opérations corticales sont un même mécanisme.

Chez les individus doués d'une grande aptitude à la continuité des opérations corticales et dont l'activité mentale est vive, la préparation au travail par un travail simple peut être d'une très rapide efficacité. A peine ont-ils calculé pendant quelques minutes qu'ils effectuent d'un trait toutes les additions possibles ; plus longues et plus intenses sont chez eux les opérations corticales correspondantes, plus, par la persévérance des mécanismes intracorticaux, le travail des additions à venir est assuré. C'est justement parce que la puissance de persévérance des opérations corticales est grande chez eux qu'il leur faut se reposer longtemps avant que la mise en train ne se perde.

Si nous admettons l'existence dans toutes les opérations corticales des phénomènes de persévérance ou de stimulation des processus moléculaires corrélatifs, il faut nous attendre à ce que tout travail d'entraînement préparatoire puisse soit arrêter soit faciliter le travail suivant, selon que ce dernier utilisera ou non le même mécanisme des opérations moléculaires intra corticales. C'est ce qui a lieu (Oseretzkowski, E. Kræpelin). Dans la catatonie, les opérations corticales se peuvent continuer longtemps parce qu'elles ne sont pas arrêtées par d'autres processus (voy. *Archives de Neurologie*, t. XVIII, 2e série, p. 338 ; psychophysiologie du négativisme).

Dans la *paraphasie*, quand plusieurs mots ont disparu du

réservoir cérébral, ceux qui sont restés sont et demeurent d'autant plus facilement et plus longtemps à la disposition du sujet que les influences inhibitoires des autres mots ne s'exercent plus. Il en résulte qu'un petit nombre de mots reviennent constamment ; toute pensée entraîne la même réaction vicieuse, c'est-à-dire l'articulation du même mot. P. Keraval.

XXXIII. — **Au sujet de l'article de N. G. Kotik sur la lecture des pensées et les rayons N** ; par J. M. Raïmiste. (*Obozrénié psichiatrii*, IX, 1904.)

Les expériences relatées par M. Kotik dans son mémoire ont trait à une jeune fille de 14 ans, Sophie Schtarkerr, qui lisait surtout bien la pensée de son père. M. Raïmiste, qui a participé à la 1re séance du 3 mai 1904, émet l'opinion suivante. Il se pourrait que le père prononcât involontairement, tout bas les mots qu'il pensait, si bas que les assistants fussent incapables de les percevoir. La jeune fille, au contraire, douée d'une hyperexcitabilité spécielle des sons, et, en particulier, de l'ouïe. percevait ces sons et avait, par suite, l'air de lire dans la pensée de son père. P. Keraval.

XXXIV. — **Technique sphygmographique** ; par Vaschide et Lohy. (*Revue de médecine*, mars 1904.)

Étude très intéressante qui donne des détails sur les différents appareils destinés à enregistrer le pouls depuis le sphygmoscope de Hérisson (1837) jusqu'à celui tout récent de Mlle Pompilian (1902) ; la plupart de ces instruments dérivent du sphygmographe de Marey (1850.) L. Wahl.

BIBLIOGRAPHIE

XII. — *Rapport médical de l'asile d'aliénés de Rennes pendant l'année 1904*, par le Dr Sizaret, médecin en chef.

Population au 1er janvier 1904, 995 (424 H. et 571 F.). — Entrées, 229 (107 H. et 122 F.). — Sorties, 153 (74 H. et 79 F.). — Décès, 77 (37 H. et 40 F.), dont 12 par tuberculose pulmonaire (5 H. et 7 F.). — Population au 31 déc. 1904, 991 (417 H. et 571 F.). Un graphique montre la progression rapide du chiffre des aliénés : 869 en 1894 et 996 fin 1904.

Dans le tableau des « catégories mentales » nous lisons : *névroses*, 17. Il serait bon d'indiquer en quoi consistent ces « névroses ». — Comme causes déterminantes des malades entrés, relevons : hé-

rédité, 22; — épilepsie; 17, alcoolisme, 32 dont 24 h. « Dans 187 cas (sur 229 entrées), nous n'avons pu avoir de renseignements sur les causes déterminantes de la folie, dit M. Sizaret,soit par ignorance ou mauvais vouloir des familles, soit par insuffisance des renseignements de police et de gendarmerie qui sont la plupart du temps notre principal repère. »

Maintes fois nous voyons consignée dans les rapports cette difficulté d'avoir des renseignements,que nous n'avons pas à Bicêtre. Il est très rare que les familles ne répondent pas, même à notre première convocation.

« Grâce à la mesure extrêmement favorable des *congés d'essai*, nous avons pu hâter les sorties dès l'amélioration confirmée des malades, chaque fois qu'il nous a paru possible de les confier à leurs familles. Nous n'avons pas eu de difficultés avec ces dernières qui comprennent le bénéfice qu'elles retirent de la sortie de leur malade. Ces sorties sont demeurées définitives dans presque tous les cas. » Ces résultats sont faits pour encourager les médecins qui hésitent encore à user des congés d'essai.

A propos des sorties des débiles, au nombre de 4, qui ont pu sortir, « considérés comme *guéris* »,M. Sizaret fait remarquer que ce vocable serait avantageusement remplacé par le terme : *améliorés* ; mais les dispositions spéciales du règlement nous obligent à employer le mot *guéris* pour avoir le droit de faire verser à la sortie le pécule complet (15 fr. au minimum), et c'est là souvent une mesure de haute bienveillance qui permet à nos sortants de vivre quelques jours en cherchant du travail ». Dans notre service d'enfants, pour une autre raison, à la sortie, nous mettons presque toujours « *améliorés* » afin que s'ils rechutent ou commettent quelque faute, dans la vie privée ou au régiment, nous puissions leur être utile, ce qui serait plus difficile avec la mention *guéris*.

« Il ressort du tableau de la durée du séjour à l'asile que les 4/5 des aliénés qui sortent guéris ont fait à l'asile un séjour de moins d'un an. Les familles ont donc intérêt à placer rapidement leurs malades. C'est une notion, dit M. Sizaret, que nous cherchons à répandre parmi nos confrères chargés de la clientèle ordinaire. »

Nous avons depuis longtemps insisté nous-même, avec bien d'autres, sur les avantages du placement le plus rapproché possible du début, dans l'intérêt bien compris des malades et aussi des finances du département et de la commune.

«Une épidémie *d'oreillons* s'est manifestée dans la seule division des hommes, et dans 4 cas sur les 15 constatés chez nos aliénés, il y a eu un gonflement orchitique et douleur. Le personnel infirmier, a, en outre, fourni 4 sujets atteints aussi des oreillons avec orchite ourlienne chez trois d'entre eux.

« Les *autopsies* (1) de nos malades décédés sont faites régulièrement. Nous constatons toujours la fréquence extrême des lésions tuberculeuses ; elles sont rarement la cause des décès et ne se diagnostiquent qu'à l'ouverture du corps ; c'est à l'occasion d'un rhume, d'une grippe ou d'une affection quelconque de l'appareil respiratoire que l'on voit évoluer la tuberculose. »

De même qu'à Saint-Méen, il est à souhaiter que toutes les autopsies possibles soient pratiquées et que dans leurs rapports nos collègues en indiquent le nombre (2). Au point de vue de la lutte contre la *tuberculose*, M. Sizaret donne les détails suivants :

« Les *crachoirs* avec liquide antiseptique sont utilisés à l'Asile, mais trop peu nombreux, et il est difficile, le fussent-ils davantage, d'obtenir toujours que les malades les utilisent. Le mouchoir de poche, ou même le plus souvent le parquet des salles, le sol des cours reçoit les déjections réservées au crachoir. La ventilation et l'aération des salles, les lavages ou balayages dans des conditions d'humidité du sol des salles et chambres, la désinfection au formol des locaux contaminés, le lavage des murs au sublimé, l'étuvage des linges ou vêtements, de la literie, telles sont les mesures hygiéniques couramment employées à l'Asile. Le tuberculeux ou le contagieux ne peut être que bien difficilement isolé dans l'Asile ; l'infirmerie des hommes n'a que trois chambres séparées du dortoir, au sud-est. Chez les femmes, nous appelons de tous nos vœux l'achèvement des bâtiments à cause de l'insuffisance d'aération et de cubage du bâtiment d'infirmerie actuel. Il n'y a aucune chambre de séparation. L'Asile ne possède aucun lazaret, aucun local pour isoler même les *tuberculeux*.

« Les constructions de l'Asile couvrent une grande partie des 33 hectares compris dans l'enceinte. On ne peut indéfiniment multiplier les constructions et l'Asile ne peut s'agrandir sur son terrain d'assiette actuel. Je ne puis qu'émettre à nouveau le vœu de voir acquérir dans le voisinage des terrains de culture ou une colonie qui occupera les bras de nos convalescents, de nos malades chroniques, de nos débiles ou dégénérés. Il y a un très réel avantage matériel reconnu pour les Asiles à posséder une *exploitation agricole* proportionnée à leur population ; l'élève du bétail, la production en abondance d'un *lait* toujours trop parcimonieusement prescrit à nos malades affaiblis, augmenteraient les conditions du bien-être général en allégeant certainement les dépenses du département. »

(1) De même que dans d'autres asiles voisins d'Ecoles de médecine les *corps non réclamés de St-Méen sont envoyés à l'école de Rennes pour servir aux études anatomiques.*

(2) A Bicêtre, 18 autopsies sur 23 décès ; à Vallée, 16 sur 19. Dans les autres cas, il y a eu opposition.

C'est avec raison que M. Sizaret réclame l'annexion à l'asile d'une *colonie agricole*. Il y va de l'intérêt des malades qui y trouveront une occupation salutaire, et de l'intérêt de l'Asile qui trouverait là des ressources permettant d'améliorer l'alimentation des aliénés et du personnel. Nous croyons que le Préfet d'Ille-et-Vilaine, M. Rault, très bien disposé pour les choses d'assistance, a l'intention de réaliser l'idée de la création d'une *colonie agricole* et d'une section *d'enfants arriérés*. Les moyens financiers peuvent lui en être fournis par la suppression de la chapelle monumentale projetée par l'architecte, en utilisant la chapelle qui existe dans le domaine qu'on a l'intention d'acheter et d'annexer à l'asile (1).

Nous avons émis l'idée, mal acceptée par certains, que les médecins devaient consigner dans leurs rapports leurs *desiderata* en toute franchise. M. Sizaret l'a fait en termes mesurés. Nous l'en félicitons. Encore une citation :

« Le laboratoire de recherches d'histologie pathologique et d'anthropologie a fonctionné régulièrement sous la direction de M. le docteur Dide, médecin adjoint. »

Cette mention montre que, à Saint-Méen, le médecin en chef et le médecin adjoint s'entendent parfaitement ; qu'ils font l'un et l'autre tous leurs efforts pour assurer les meilleurs soins aux malades et que l'Asile constitue un véritable centre scientifique. B.

XIII. — *Rapport médical sur l'asile public d'aliénés de St-Robert* (Isère), pour l'année 1904, par le Dr V. DUBOURDIEU.

Aliénés présents au premier janvier 1905 : 1010 (489 H. et 521 F.) ; Admissions en 1904, 244 (119 H. et 125 F.) dont 13 cas d'épilepsie, 6 d'hystérie, 26 de paralysie générale, 3 d'idiotie, 15 de folie alcoolique (14 H. et 1 F.), 45 de débilité mentale, aucun par crétinisme. — Malades traités, 1254 ; sorties 132 (63 H. et 69 F.), dont 52 par guérison (27 H. et 25 F.) ; 51 par amélioration (18 H. et 33 F.) ; décès, 110 (52 H. et 58 F.) dont 17 par tuberculose pulmonaire et 1 par fièvre typhoïde ; aliénés restant au 31 décembre 1904 : 1012.

C'est en mai, juin, juillet, que les admissions ont été les plus nombreuses. Il en a été de même pour les guérisons et de plus en août. Chez 9 malades décédés, la durée du traitement a été inférieure à un mois, indice d'une admission en état grave. Le maximum des décès a été observé en avril, mai et octobre. Le total

(1) A l'Asile de Villejuif et à l'Asile de Maison Blanche (Seine), nous avons obtenu qu'on ne fasse pas de chapelle. Même chose à l'hôpital Bichat. A l'Hôtel-Dieu de Paris, c'est une salle ordinaire qui sert de chapelle.

général des travailleurs a été de 999, (488 H. et 511 F.). — Quelques citations :

« La statistique démontre que la folie guérit en général dans la première année du traitement et plus difficilement ensuite ; d'où l'intérêt bien entendu des familles à amener leurs malades à l'asile pour y être traités, au lieu de les soigner chez elles, perdant ainsi un temps précieux et préjudiciable à la guérison possible....... Les malades guérissent d'autant plus vite qu'ils sont plus jeunes. »

Ce sont là des vérités sur lesquelles tous les aliénistes sont d'accord, mais qu'on ne saura trop répéter.

« Les décès sont dus en grande partie à la tuberculose pulmonaire, chose facile à expliquer par l'*encombrement* et aussi à cause de l'absence de mesures prophylactiques et curatives, difficiles à réaliser, puisque rien n'a été prévu jusqu'ici dans ce sens.

« De nombreux *malades âgés* ont été admis à l'asile depuis quelques années et, pour ces malades, il serait fort utile que *leurs dortoirs* fussent chauffés, au moins pendant les *grands froids*. Les pavillons sont isolés, exposés à tous les vents et le froid s'y fait particulièrement sentir.

C'est là une situation pénible que nous avons signalée en analysant le précédent rapport sur St-Robert. On ne conçoit guère qu'il n'y ait pas encore été porté remède.

« Au point de vue du *traitement*, je m'efforce d'instituer le plus possible une médication pathogénique et qui s'inspire de la diversité des cas. Les méthodes récentes de traitement : alitement, grands bains prolongés de 3, 4, 6 et 10 heures retiennent également mon attention. A noter que les *bains prolongés* donnent des résultats remarquables au point de vue de l'agitation et de l'insomnie » (1).

M. Dubourdieu réclame avec juste raison la construction d'un *pavillon d'isolement* pour les maladies contagieuses. C'est là une réforme qui devrait être réalisée dans tous les établissements hospitaliers. Nous l'avons obtenu à Bicêtre, nous l'avons réclamé dans le programme du Ve asile de la Seine (Maison Blanche). B.

« L'*Ecole d'infirmiers et d'infirmières* créée à l'hôpital de Grenoble est une innovation excellente, écrit M. le Dr Dubourdieu. Les malades seront ainsi assurés de recevoir des soins plus éclairés, plus intelligents. En effet, avec les progrès de la médecine et surtout de la chirurgie moderne, des connaissances techniques sont indispensables à ceux qui soignent les malades. La bonne volonté, le dévouement, ne suffisent plus. La connaissance de l'anti-

(1) Voir plus loin aux VARIA. p. 334.

sepsie, notamment, est un devoir. *Les infirmiers et infirmières* d'asiles ont des soins spéciaux à donner aux aliénés, et suivant certaines catégories. Je me propose de rédiger bientôt un petit Manuel de l'infirmier d'asile où il puisera les notions indispensables à l'accomplissement de ses délicates et périlleuses fonctions (1). En 1904, notre personnel a obtenu 6 diplômes d'infirmières et deux diplômes d'infirmiers (2). Ces cours seront continués chaque année pour de nouveaux infirmiers.»

C'est avec plaisir que nous voyons s'étendre peu à peu — moins vite que nous ne le voudrions — l'enseignement professionnel du personnel secondaire. Les infirmiers et infirmières suivent les cours de l'école de l'hôpital de Grenoble où ils reçoivent l'*enseignement général* nécessaire à *tous les infirmiers*. Il faut le compléter, pour les infirmiers des asiles, par un *enseignement spécial*; 12 à 15 leçons sont suffisantes, car il ne s'agit pas de leur apprendre la médecine mentale, mais à être des auxiliaires des médecins. M. le Dr Dubourdieu paraît être décidé à faire cet enseignement: nous l'approuvons vivement. BOURNEVILLE.

XIV. — *Paralysie générale et syphilis*, par L. MARCHAND, médecin adjoint de l'Asile de Blois.

Pour éclairer le rôle joué par la syphilis dans la paralysie générale, il faut s'appuyer simultanément et non isolément sur les résultats fournis par la statistique, la clinique, l'anatomie pathologique, l'expérimentation. La statistique démontre que 52 pour cent au moins des paralytiques généraux sont syphilitiques, et que d'autre part certains cas de paralysie générale n'ont certainement pas pour cause la syphilis, puisque plusieurs malades ont contracté la vérole au cours de leur méningo-encéphalite. Au point de vue clinique, les arguments que l'on peut trouver en faveur ou non de l'origine syphilitique sont peu nombreux. A la vérité les accidents spécifiques y sont rares, mais en revanche les expériences négatives de Kraft-Ebing inoculant sans résultat la syphilis à 9 paralytiques généraux; et dans la symptomatologie, la constatation du signe d'Argyll-Robertson, semblent donner à la syphilis un rôle important. L'anatomie pathologique permet de dire que, dans la

(1) Nous rappelons à ce propos qu'une partie du *Manuel de l'Infirmière et de la garde-malade*, en usage dans les écoles municipales de Paris et dans les écoles départementales des asiles de la Seine, est consacrée à l'enseignement des infirmiers et infirmières d'asiles. La rédaction en est due à notre dévoué collaborateur et ami, le Dr Keraval. Voir aussi le Manuel de l'association médico-psychologique d'Angleterre et les conférences du Dr Levet.

(2) Le nombre par trop réduit de nos infirmiers, dit M. le Dr Dubourdieu, n'a pas permis d'en envoyer davantage aux cours.

majorité des cas la paralysie générale est d'origine syphilitique : 1° par l'examen des cerveaux où les lésions de la paralysie générale s'associent à des lésions non douteuses de syphilis cérébrale la coexistence de ces lésions est beaucoup plus commune qu'on ne le croit généralement ; 2° par l'examen des méninges du fond des sillons cérébraux, épaissies à un tel point qu'on pense immédiatement à un tissu gommeux. Le traitement spécifique de la paralysie générale a fait peu de partisans, mais ici les lésions scléreuses sont très avancées, et comment un traitement spécifique même actif pourrait-il agir sur cette sclérose ? Ces diverses considérations permettent à l'auteur d'envisager la syphilis comme une cause puissante de paralysie générale. Il importe dès lors de différencier les cas de méningo-encéphalite diffuse de nature uniquement syphilitique de ceux où d'autres causes, autres que la syphilis, les excès alcooliques par exemple, entrent seuls dans les antécédents des malades. R. Leroy.

XV. — *Des méningites à évolution insidieuse comme cause d'aliénation mentale* ; par L. Marchand, médecin-adjoint de l'Asile de Blois.

De nombreux examens histologiques des centres nerveux d'aliénés ont permis à l'auteur d'attribuer à des méningites insidieuses, passées jusqu'ici inaperçues, divers syndromes mentaux qui doivent leur physionomie particulière à la nature, l'intensité, la localisation, l'étendue des lésions. L'âge auquel elles surviennent est une condition importante, dont il faut tenir compte. Il existe des méningites insidieuses qui ne donnent naissance chez l'adulte qu'à des troubles mentaux ; chez l'enfant, elles provoquent souvent l'épilepsie et un arrêt de développement intellectuel. L'auteur a constaté deux formes de méningite avec nombreux intermédiaires : dans la première forme, il s'agit d'une lésion méningée dans laquelle l'inflammation est encore évidente : à cette forme correspond une démence à marche progressive mais lente ; la deuxième forme est une lésion méningée arrêtée dans son évolution : cette forme répond à des syndromes mentaux stationnaires pendant de longues années. Ces lésions affectent seulement la couche superficielle du cortex sans dégénérescence descendante. Enfin il est difficile de préciser la nature de ces méningites insidieuses. R. Leroy.

VARIA

Le ministre de l'Intérieur a messieurs les Préfets.

M. le Préfet,

Le Conseil Supérieur de l'Assistance publique, dans sa dernière session du mois de mars 1905, a adopté une résolution présentée par la IVe section, conformément aux conclusions du rapport de M. le docteur Bourneville. La teneur de cette résolution est la suivante :

« Le Conseil supérieur est d'avis que les médecins adjoints dans les asiles d'aliénés doivent être maintenus, et que les services doivent être constitués de la manière suivante : les malades rentrant de l'année, les malades réputés curables réservés aux médecins de direction et aux médecins en chef ; les malades chroniques donnés aux médecins adjoints sous le contrôle éventuel des médecins en chef ; les certificats de sortie sont réservés aux médecins en chef ; les médecins adjoints sont convoqués aux séances de la Commission de surveillance ».

Ces nouvelles dispositions ne se trouvent pas en concordance avec celles édictées par l'arrêté du 20 mars 1857, mais comme elles sont de nature à porter une grande amélioration au service médical des asiles, j'estime qu'elles doivent être mises en vigueur le plus promptement possible dans tous les asiles d'aliénés. Je vous recommande donc de les porter sans retard à la connaissance du personnel placé sous vos ordres, et de m'accuser réception des présentes instructions.

Pour le Ministre de l'Intérieur, le Conseiller d'Etat, directeur de l'Assistance et de l'hygiène publiques H. Monod.

Asile Saint-Robert : personnel médical.

Dans notre rapport au Conseil supérieur de l'Assistance publique sur la *Fixation du nombre des médecins* dans les asiles publics d'aliénés, nous avons cité comme exemple d'un asile où le personnel médical est notoirement insuffisant l'asile Saint-Robert. M. H. Monod, dans sa lettre introductive au Conseil avait déjà invoqué le même exemple. En effet, pour 1250 malades traités (?) en 1904, il n'y avait qu'un médecin en chef et 2 internes. Les entrées de l'année ont été de 244. Après la discussion au Conseil, après la circulaire ministérielle conforme au vote de ce Conseil, invitant les Préfets à réclamer l'augmentation des médecins là où leur nombre est hors de proportion avec le nombre des malades,

on pouvait espérer que le Conseil général de l'Isère, qui est républicain, ami du progrès, comprendrait la nécessité de la création au moins d'un médecin adjoint. Malheureusement, il n'en est pas ainsi. Le *Petit Dauphinois* du 25 août nous annonce que le Conseil général de l'Isère, dans sa séance du 21 août, sur le rapport de M. Ogier, a repoussé la demande de création d'un poste de médecin adjoint à l'asile d'aliénés de Saint-Robert. Nous regrettons un tel vote, contraire aux intérêts des malades, contraire aux intérêts bien entendus des finances du département : Diminution des sorties, accroissement des incurables. — En revanche, ainsi qu'on le verra aux FAITS DIVERS, *asiles d'aliénés*, le Conseil général de la Haute-Marne a créé un poste de *médecin adjoint*. Le personnel médical de cet asile dont la population est de **764** (Isère, **1010**) se trouve ainsi composé : 1 médecin directeur, 1 médecin adjoint, 2 internes. Bonne réforme. B.

INSOMNIE HABITUELLE DEPUIS 30 ANS, TRAITÉE PAR DES BAINS PROLONGÉS IL Y A 25 ANS.

Dans le rapport de M. le Dr Pailhas sur l'hydrothérapie au Congrès de Rennes (voir *Archives*, n° 117, p. 209 à 225) et la discussion qui a suivi, il a été question de l'emploi des *bains prolongés*. A l'appui des dires rappelant que ce mode de traitement est déjà ancien, nous citerons le fait suivant :

M. X..., âgé de 60 ans, employé, nous a raconté qu'à la suite d'une affection aiguë, il est devenu anémique à un degré prononcé et qu'en même temps, il a perdu le sommeil d'une façon à peu près absolue, que c'est tout au plus s'il s'assoupit 2 ou 3 heures par nuit. Cet état dure depuis bientôt *trente ans*. Il va de soi qu'un grand nombre de moyens ont été employés, parmi eux, et c'est là le point intéressant, les *bains prolongés*, *douze heures*, du soir au matin, ont été pris durant *cinquante-cinq jours*. Ils n'ont pas ramené le sommeil. B.

ASSISTANCE ET TRAITEMENT MÉDICO-PÉDAGOGIQUE DES ENFANTS IDIOTS ET ÉPILEPTIQUES.

Notre collègue et ami, M. le Dr MABILLE, médecin-directeur de l'asile de Lafond, près la Rochelle, nous apprend que les constructions récentes faites dans son asile vont lui permettre, très prochainement, d'aménager un local pour les *idiots et nerveux*. Le même résultat pourra être atteint, pour les *idiotes et les nerveuses*, lorsque les constructions votées tout dernièrement, du côté des femmes, par le Conseil général, seront terminées. Quelle que soit l'installation, elle n'en constituera pas moins un progrès pour l'assistance, le traitement et l'éducation des enfants idiots et arriérés des deux sexes.

FAITS DIVERS

Asiles d'aliénés. — *Mouvement dans le personnel médical.* — M. le Dr Coulonjou, médecin-adjoint à Alençon, promu à la 1re classe du cadre. — M. le Dr Pasturel, du concours de 1904, nommé médecin-adjoint à l'Asile Saint-Dizier (Haute-Marne), *poste créé.* — M. le Dr Aubry, médecin-adjoint à Maréville (Meurthe-et-Moselle), promu à la 1re classe du cadre.

Distinctions honorifiques. — Chevalier de la Légion d'honneur : M. le Dr Vallon, médecin en chef de l'asile clinique (Sainte-Anne). — Officier de l'Instruction publique : M. le Dr Nolé, directeur-médecin de l'asile d'aliénés de Saint-Alban (Lozère.) — Officier du Mérite agricole : M. Cuvelier, directeur de l'Asile d'aliénés de Rennes.

Fou étranglé dans sa cellule. — Nice, 5 septembre. Dépêche particulière du *Matin.* — Un fait très grave vient de se produire à l'asile d'aliénés de Saint-Pons. Dimanche, dans la journée, on conduisait à l'asile un jardinier nommé Demétrius Carini. Comme le malade était dans un grand état d'excitation, on l'enferma, à dix heures du soir, dans une cellule, après lui avoir mis la camisole de force. Hier matin, vers quatre heures, le frère Sylvain Daumas, de l'ordre des Assomptionnistes, à qui appartient l'établissement, trouva le malheureux étranglé dans sa cellule. Carini avait les jambes sur sa couchette ; la tête pendait et touchait le sol. Il informa la direction qui, à son tour, avertit le parquet. On ignore actuellement s'il y a eu crime ou accident. On prétend aujourd'hui, à l'asile, après avoir dit qu'il y avait eu suicide, qu'il s'agit d'un accident. Carini aurait été étranglé par sa camisole. Mais comment ? Par qui ? La supérieure a déclaré que le fou en, se débattant, avait fait remonter le col de l'appareil et s'était ainsi tué involontairement. La préfecture a ordonné une enquête administrative... D'où la nécessité d'avoir la nuit un infirmier aux cellules. Pourquoi *cellule* et *camisole* ?

Les asiles d'aliénés aux colonies. — Le docteur Margain a présenté un rapport au Congrès colonial sur la situation des aliénés dans les colonies françaises. Il a montré que le nombre d'asiles existants est insuffisant, que la création de nouveaux asiles s'impose, et que les seules mesures prises jusqu'à ce jour consistent à ramener les malades européens en France dans les conditions tellement désastreuses qu'il semble urgent que les pouvoirs publics, les représentants des colonies en particulier, fassent tous

leurs efforts pour obtenir de promptes améliorations dans l'assistance des aliénés aux colonies. Nous ne pouvons que nous associer à la réclamation si justifiée de M. le Dr Marguin.

PROJET D'UN CONCOURS SPÉCIAL POUR LES MÉDECINS DES ASILES D'ALIÉNÉS DE LA SEINE. — Dans une note ajoutée à la reproduction de ce projet (voir plus haut), nous avons fait remarquer que les médecins de Bicêtre et de la Salpêtrière avaient été exclus de la nouvelle Société. Nous devons dire que les *trois* médecins de la Maison nationale de Charenton ont été l'objet de la même exclusion. De tels procédés sont contraires à la vraie confraternité, à l'esprit de progrès qui veulent l'union, la largeur des idées, la générosité des sentiments, la suprématie de l'intérêt général, et, partant, l'intérêt des malades sur les intérêts particuliers.

SUICIDE D'UN FOU. — M. L. Fertelle, 36 ans, demeurant rue du Mont-Cenis, atteint d'*aliénation mentale*, s'est suicidé hier matin, en se plongeant sa canne à épée dans le ventre. Il est mort une demi-heure après. (*Aurore*, 21 sept.)

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

DOUTREBENTE. — *Vingt-cinquième rapport médical et compte moral administratif, pour l'année* 1904, de l'*Asile d'aliénés* de *Blois*. (Loir-et-Cher). Brochure In-8° de 59 pages. Imprimeries réunies du Centre, 2, rue Haute, à Blois.

MILETICIU (G.). — Compte rendu des années 1891-1904, avec considérations sur l'assistance des aliénés en Roumanie. In-8° de 136 pages.

SIZARET. — Rapport médical de l'Asile d'aliénés de Rennes pour l'année 1904. In-8° de 18 pages. Oberthur, Imp. à Rennes.

Le rédacteur-gérant : BOURNEVILLE.

Clermont (Oise). — Imprimerie Daix frères.

Vol. XX Novembre 1905 N° 119

ARCHIVES DE NEUROLOGIE

CLINIQUE MENTALE

Contribution à l'étude de la démence épileptique;

PAR BOURNEVILLE.

La démence est malheureusement très fréquente chez les épileptiques, adultes ou enfants, et aboutit toujours à une terminaison fatale, en offrant parfois des *rémissions* plus ou moins longues. L'observation suivante peut être considérée comme tout à fait caractéristique.

SOMMAIRE. — *Père, accidents méningitiques de l'enfance; excès de boisson ainsi que son père (grand'père paternel de l'enfant). — Mère, rien de particulier. — Grossesse accidentée par des frayeurs. — Accouchement par le siège. — Première dent à 7 mois. — Dentition complète à 2 ans. — Début de la marche et de la parole à 17 mois. — Propreté à 18 mois. — Début de l'épilepsie à 9 ans et demi, un mois après une frayeur. — Second accès trois mois après. — Marche des accès avant l'entrée et de 1895 à 1905. — Affaiblissement progressif de l'intelligence. — Modification de l'attitude. — Démence. — Traduction de la démence par les photographies et l'écriture. — État de mal : mort.*

Autopsie. — Caractères particuliers des os du crâne. — Méningo-encéphalite; — Piqueté hémorrhagique du corps strié, etc. — Tuberculose pulmonaire.

BARO.. (Hippolyte), né à Paris le 6 février 1885, entré à Bicêtre le 5 juin 1895, y est décédé le 11 janvier 1905.

Antécédents. — (*Renseignements fournis par sa mère en 1895*). — PÈRE, 40 ans, mécanicien, *excès alcooliques* antérieurs au mariage, et qui ont augmenté progressivement

(vin, absinthe). Il a eu dans l'enfance une affection nerveuse qui a nécessité des applications de glace ; il n'aurait pas eu de convulsions. Ni dartres, ni syphilis, ni rhumatisme. Mort en 1901 des suites d'une pleurésie avec hémoptysie.

Sa famille. — Son *père* buvait beaucoup (vin) et serait mort d'une affection du foie. — Sa *mère* a succombé aux suites de l'influenza. — Un *frère,* une *sœur,* sans enfants, rien de particulier. — Trois *oncles* seraient morts de maladies du foie. — Dans le reste de la famille, pas d'épileptiques, etc.

MÈRE, 39 ans (en 1895), fièvre typhoïde à 12 ans ; aucun accident nerveux.

Sa famille. — Son *père* est mort de la rupture d'un anévrisme de l'aorte, sa *mère* on ne sait de quoi. Il en est de même pour ses *grands parents.* — Ni *frères* ou *sœurs,* ni *oncles* ni *tantes.*

Pas de renseignements sur la consanguinité. — Inégalité d'âge d'un an (Père plus âgé).

10 *enfants :* 1° Fille morte d'entérite à 33 jours ; — 2° garçon né à 6 mois et 3 semaines, mort 8 jours après ; — 3° garçon (âgé de 22 ans en 1905), intelligent ; — 4° notre malade ; — 5° garçon mort d'entérite sans convulsions ; — 6° fille (17 ans en 1905), normale ; — 7° fille morte à 7 mois d'entérite ainsi que deux autres filles, l'une à 65 jours, et l'autre à trois semaines ; — 10° garçon (10 ans en 1905), bien portant. Aucun n'aurait eu de convulsions.

Notre malade. — On ne sait si la *conception* a eu lieu en état d'ivresse. — La *grossesse* a été accidentée par des *frayeurs* occasionnées par les excès alcooliques du mari et des querelles entre lui et son frère. Il n'y aurait pas eu d'autres accidents. Mouvements du fœtus à 4 mois 1/2. — *Accouchement* à terme, *par le siège,* avec beaucoup de liquide amniotique. — Pas d'asphyxie *à la naissance.* — Elevé au sein par sa mère jusqu'à 7 mois, puis au lait de vache, à cause d'une nouvelle grossesse. — Première dent à 7 mois ; dentition complète à 2 ans. — Début de la marche et de la parole à 17 mois. — Propreté à 18 mois.

Les *premiers accidents convulsifs* ont paru à 9 ans et demi. Alors B.. était très impressionnable, se mettait à l'éçart quand ses camarades se battaient. Il apprenait facilement, avait l'intelligence des enfants de son âge. A cette époque, il aurait eu une grande *peur* en voyant son père, *ivre,* battre sa petite sœur. Il se jeta dans les bras de sa mère en pleurant.

Un mois après, la nuit, il fut pris de *convulsions :* Pas de cri, membres roides, contorsions de la face, yeux portés en haut; pas d'incontinence, pas de bave, ni de morsure de la langue. La crise a été courte. Il s'est rendormi. Le lendemain il était fatigué. — Seconde crise, également la nuit, trois mois après, puis les accès ont augmenté progressivement, tous les mois, tous les 15 jours et enfin, à l'entrée, il en avait presque quotidiennement. Ils n'ont jamais été compliqués de secousses, de vertiges, de cauchemars et d'accès de colère.

Dans ces derniers temps, les parents ont remarqué une certaine paresse intellectuelle, une diminution de l'attention et de la mémoire. Il lui arrivait aussi d'inventer des faits qui ne reposaient sur rien de réel et le maître d'école déclarait que sa conduite, auparavant régulière, commençait à laisser à désirer. — Ses sentiments affectifs étaient développés; le caractère était doux, gai. Ban.. n'avait pas de mauvais instincts.

Rougeole à 5 ans, scarlatine à 5 ans et demi; pas d'autres maladies infectieuses. — Pas d'accidents scrofuleux, sauf une blépharite ciliaire à 9 ans.

Température à l'entrée.

		Soir.	Matin.
5 Juin 1895	1er jour.	37°	»
6 —	2e —	37°	37°,1
7 —	3e —	37°,2	37°
8 —	4e —	37°,3	37°,2
9 —	5e —	37°,5	37°,4

Etat à l'entrée (1895). — L'examen physique et physiologique n'offre aucune particularité. Attitude bonne; marche, course, saut, préhension, fonctions digestives, respiratoires, etc., normales. Changements de coloration de la face. Caractère gai, affectueux, tranquille mais n'hésite pas à se défendre si on le taquine. Sens normaux. — Sait lire, écrire, faire les trois premières opérations. (*Fig.* 3, 4 et 5).

Traitement. — Élixir polybromuré, d'une à quatre cuillerées, huile de foie de morue, sirop d'iodure de fer; douches; école et gymnastique.

1896. — *Janvier.* — D'après les notes de l'école, Ba... *tendrait vers la déchéance.* — Pupilles dilatées, la droite plus que la gauche. Parole légèrement pâteuse. Pas de tremblements des lèvres, ni de la langue. Les accès sont plus fréquents durant la nuit, après 3 heures du matin : rigidité des membres; le corps se retourne sur le ventre, *la face*

contre l'oreiller. Les yeux se tournent à gauche. La bouche s'ouvre alternativement avec un bruit sec comme si les mâchoires étaient mues par un mécanisme. Râle. Pas d'évacuation. La crise se termine par un fort ronflement *suivi d'un anéantissement complet* ou le plus souvent par un *sommeil lourd et profond*.

Organes génitaux. — Verge : longueur 35mm, circonférence;



Fig. 10.— Bar... en 1895.

50mm. Prépuce long, gland découvrable, méat normal. Testicules à l'anneau. — T. R. aussitôt après l'accès, 37°.8 ; — un quart d'heure après, 37°.8 ; — deux heures après, 37°.5.

Juillet. — Même état des organes génitaux, des pupilles et de la parole.

1897. *Janvier*. — On remplace l'élixir par des pilules de Méglin. — Douches d'avril à novembre.

Juin. — Par erreur, on a continué l'élixir polybromuré en même temps que les pilules. Cette conjonction de médicaments n'a pas donné de bons résultats, car les accès ont augmenté (Janvier-juin 1896 : 259 accès ; — Janvier-juin 1897 : 439, soit 180 en plus). (*Fig.* 13, 14, et 15.) — Suppression

Fig. 11. — Bar... Juin 1895.

des pilules. — Élixir polybromuré (1 à 4 cuillerées de 2 gr. 25 chaque), douches, etc.

1898. *Janvier.* — B... s'affaiblit de plus en plus intellectuellement. Il ne peut presque plus s'occuper en classe. Il ne sait jamais retrouver sa place. Il perd ses crayons, plu-

mes et porte-plumes et accuse les autres enfants de les lui avoir pris. Caractère doux, pas de colères, souvent rit sans motif.

Juin. — L'enfant apporte de moins en moins de goût au travail. Il devient niais dans ses conversations. Il demande aux infirmières : « Voulez-vous être mon père, dites ? » — Vous savez, mon camarade X.., c'est ma mère et il rit aux éclats, fier de ce qu'il vient de dire. — Sa tenue et son attitude laissent à désirer. (*Fig.* 13, 14, 15 et 16).

Copie

Le drapeau

Quelle est la couleur du drapeau français

R. Le drapeau français est tricolore.

Quelles sont ses trois couleurs ?

Il est bleu, blanc et rouge.

Comment s'appelle son manche de bois ?

Son manche de bois s'appelle la hampe

4512 +	628254 +
8451	851815
3245	
16208	1480069

Fig. 12. — Septembre 1895.

1899. *Janvier.* — Malgré la diminution considérable des accès en 1898 (132 de moins qu'en 1897) l'enfant incline de plus en plus vers la déchéance. (*Fig.* 17.)

Puberté. — Léger duvet sur la lèvre supérieure. Quelques poils follets au pénil. Le reste du corps est glabre. Verge : long., 4 cent., circonf., 6. Testicules toujours à l'anneau.

Juin. — Le travail devient de plus en plus mauvais en classe et la tenue de plus en plus défectueuse.

Novembre. — La déchéance s'accentue, B... ne peut plus

rien faire en classe. Il lui est pénible de parler, de se déplacer. Il a toujours l'air hébété après ses accès. Difficulté de s'habiller.

1900 *Janvier.* — *Puberté.* Face, membres, aisselles, thorax etc., glabres. Poils d'un à trois cent., peu abondants, de chaque côté de la racine des bourses. Verge, long., 6 cent.,

Fig. 13. — Mars 1897.

circonf., 5. Les testicules, dans l'anneau, ont la dimension d'un œuf de moineau. — Même traitement.

Juin. — L'enfant parle de moins en moins et la parole, quelquefois, est incompréhensible. Il est moins gai, ne plaisante plus.

Juillet. — On a peine à lui faire dire son nom. Il est incapable de l'écrire. Il tient la bouche ouverte à peu près constamment.

1897 Copie

au printemps la forêt se réveille ... les sapins ... parfum
... les acacias et les ... les insectes ... donnent les
oiseaux chantent toute mélodie ...
semble un chant d'amour qui monte au
le créat.

2342
1413
B = 2041
579[illegible]

Fig. 14.— Août 1897.

Copie

fermeté inédrantle de charles x 11 enfant,
charles x 11, à peine encore âgé dex sept an,
était à tadle avesla reine samère, lorsq
il voulut

Fig. 15. — Octobre 1897.

Température d'accès.

Dates.	Au moment.	1/4 d'h. après.	2 h. après.
3 novembre 1896	37°,2	37°,3	37°,5
8 — —	37°,4	37°,7	38°
13 — —	37°,6	37°,9	38°,1
13 août 1897	38°,4	38°	37°,4
22 décembre 1897	38°	38°	37°,4
22 avril 1899	37°,4	37°,1	36°,7



Fig. 16.— Bar... en novembre 1897.

Décembre. — La déchéance s'accentue; elle diminue légèrement par périodes. L'*écriture* est devenue à peu près nulle. Le *calcul* est nul depuis 1897. (*Fig.* 18.)

1901. *Mai.* — La *lecture* courante est de plus en plus difficile. Par moments, il *syllabe* à peine. La parole s'embarrasse

de plus en plus. Il hésite toujours un instant avant de répondre, mais quand il a commencé il continue sans s'arrêter. Quand on lui dit d'ouvrir la bouche, il obéit ; — puis de fermer les yeux, il les ferme mais conserve la bouche ouverte.

papa maman

Fig. 17. — Janvier 1900.

Les pupilles, égales, restent dilatées en face de la lumière. Physionomie hébêtée. *Il se remet toujours lentement après ses accès.*

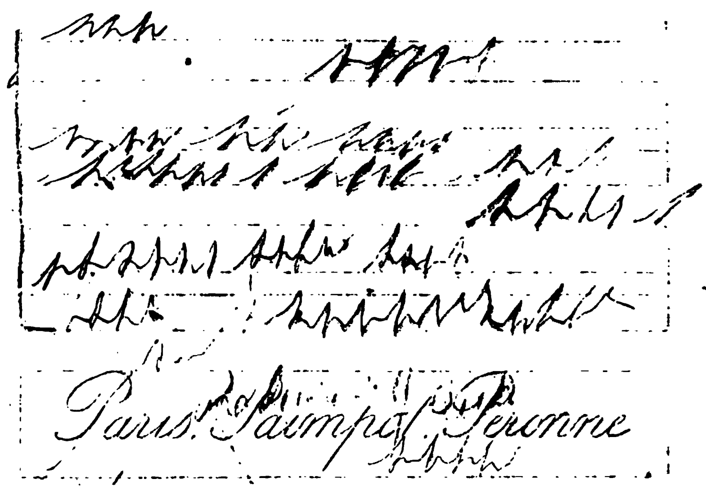


Fig. 18. — Écriture en décembre 1900.

Juillet. — *Puberté*. Même état du système pileux. Verge : 6 cent. sur 5 1|2. Testicules descendus, de la grosseur d'un petit œuf de pigeon.

En ce moment, Bar.. est un peu mieux. Il répond assez bien; à chaque leçon de lecture il syllabe avec les autres, mais très lentement et après eux. Sa tenue est moins mauvaise. Il est plus gai. — *Août.* — Physionomie hébétée, bouche ouverte. (*Fig.* 19.)

1er *décembre.* — B... est incapable de travailler. Il ne peut plus rien faire en classe. Il réclame des cahiers bien qu'il en ait un devant lui. « Il sait, dit-il, et veut faire comme les



Fig. 19. — Bar... en août 1901.

autres. » Il répète continuellement : « Je ne suis pas si bête que ça, moi na ! » Il vague dans la classe, accompagne les paroles qu'il prononce d'un dandinement du corps ou d'une marche saccadée. Il apporte à tous ses actes une grande opiniâtreté. Il a la manie de saisir par les épaules le malade Bauah.., déchéant comme lui, il le contemple pendant longtemps, veut l'embrasser, lui remettre ses vêtements en ordre, Il n'est pas méchant, se froisse ou rit de tout. L'attitude

devient de plus en plus mauvaise. Le corps et surtout la tête se penchent en avant.

1902. *Janvier.* — *Puberté.* Petite bande de poils rares, courts, (3 cent. sur 2) à droite, 3 cent. 1/2 sur 2 à gauche dans les aisselles. Poils noirs longs de 2 à 3 cent. assez abondants, formant une bande de 7 cent. de largeur sur 3 de hauteur sur le pénil. Quelques poils noirs, disséminés, sur les bourses. Testicules, de la dimension d'un œuf de pigeon. Gland découvrable (smegma, abondant.) Face, tronc, membres, périnée, anus, glabres. Verge : longueur, 8 çent.; circonférence, 8 cent. et demi. — Le malade s'affaisse, marche la tête inclinée, le corps penché. (*Fig.* 19.)

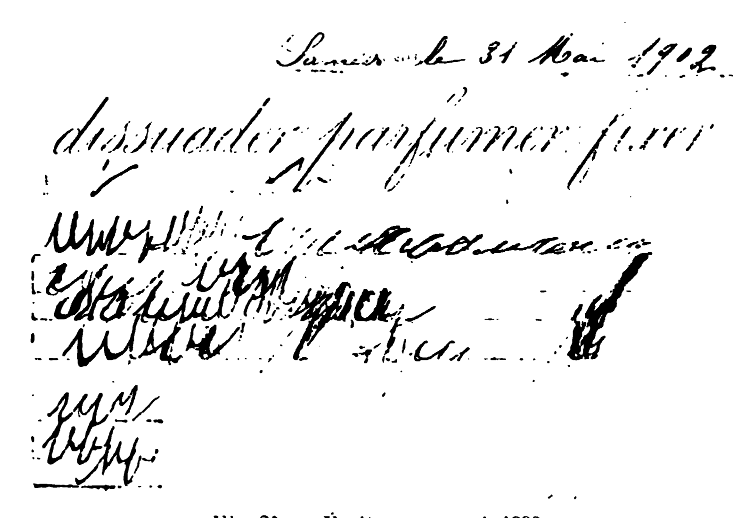


Fig. 20. — Écriture en mai 1902.

Juin. — Pas de troubles vaso-moteurs. Affaissement physique de plus en plus prononcé. Le corps s'incline de plus en plus, B..., incapable de tout travail, n'arrive plus à reconnaître ni son chemin, ni son lit. (*Fig.* 20.)

1903. *Janvier.* — Aggravation, B... ne reste plus assis, se promène continuellement, sans parvenir à trouver une place.

Juin. — Même embarras de la parole, congestion fréquente de la face; dilatation des pupilles.

1904. *Juin.* — L'enfant de plus en plus *dément* et encombrant passe dans la salle des incurables. (*Fig.* 21 et 22.)

Puberté. — Duvet et quelques poils noirs et courts sur la lèvre supérieure. Lèvre inférieure et menton glabres. Fin duvet sur les joues. Poils longs chatains dans les aisselles, plus abondants à droite. Rien à la poitrine. Duvet autour de l'ombilic et sur la ligne médiane ; quelques poils bruns, courts, sur les fesses. Poils noirs, longs, sur le pénil formant une bande de 13 cent. de largeur sur 4 cent. 1/2 de hauteur. Bour-



Fig. 21. — Bar... en janvier 1904.

ses assez velues ainsi que le périnée et l'anus. Testicules égaux, du volume d'un œuf de pigeon. Les membres supérieurs sont glabres. Fin duvet sur les hanches, poils chatains assez fournis sur les jambes. Verge : longueur, 10 cent. et demi ; circonférence, 10 cent.

1905. 11 *Janvier.* — Bar.., au dire de la veilleuse, a eu 60 accès dans la nuit : Ce matin : T. R. 39°, 2, état comateux. Les

Mesures de la tête.

	1895	1896		1897		1898		1899		1900		1901		1902		1903		1904
	Juin	Janv.	Juill.	Janv.	Juill.	Janv.	Juill.	Janv.	Nov.	Janv.	Juill.	Janv.	Juil.	Janv.	Juil.	Janv.	Juil.	Juil.
Circonférence horizontale **maxima**..	51	52	52	52	52	53	53	53	53	53	53	53.5	53.5	54	54	54	54	55
Demi-circonférence bi-auriculaire....	34	34	34	34	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	36	36	36	36
Distance de l'articulation occipito-atloïdienne à la racine du nez.....	36	37	37	37	37	37	37	37	37	37	37	37	37	37	37	37	37	37
Diamètre antéro-postérieur **maximum**	17.5	17.5	17.5	18	18.5	18.5	18.5	19	19	19	19	19	19	19.5	10.5	19.5	19.5	19.5
— bi-auriculaire	11.5	12	12	12	12.5	12.5	12.5	13	13	13	13	13	13	13	13	13.5	13.5	13.5
— bi-pariétal	14	14	14.5	14.5	15	15	15	15	15.5	1.55	15.5	15.5	15 5	15.5	15.5	16	16	16
— bi-temporal	10.5	11.5	11.5	11.9	11.9	12	12	12	12.5	12.5	12.5	12.5	12.5	12.5	12.5	13	13	13
Hauteur médiane du front..........	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
Poids........................	24.5	26	27	27	28.2	29.2	30.1	38.5	(1)	40.7	31.5	32.5	32.8	35.5	37	38	39.1	40.6
Taille.......................	1.20	1.21	1.24	1.25	1.26	1.29	1.31	1.32	( )	1.36	1.37	1.38	1.38	1 41	1.43	1.45	1.46	1.48
Dynamomètre.......... D.	2	2	2	20	13	25	»	»	»	10	8	13	15	13	»	12	5	»
Dynamomètre.......... G.	6	6	6	15	15	20.5	»	»	»	5	6	11	13	15	»	»	3	»

(1) En juillet le malade était en congé et n'a été mesuré qu'à son retour en novembre.

Mois.	1895		1896		1897		1898		1899		1900		1901		1902		1903		1904		1905	
	A.	V.	A.	V.	A.	V.	A.	V.	A.	V.	A.	V.	A.	V.	A.	V.	A.	V.	A.	V.	A.	V.
Janvier			65	»	61	»	27	»	24	»	60	»	31	»	42	»	17	»	26	»	134	»
Février			56	»	53	»	66	»	36	»	49	»	28	»	62	»	30	»	18	»		
Mars			43	»	122	3	53	»	37	»	25	»	29	»	68	»	32	»	19	»		
Avril			26	»	82	1	13	»	17	»	34	»	31	»	75	»	19	»	27	»		
Mai			46	»	90	»	32	»	10	»	17	»	20	»	32	»	34	»	37	»		
Juin	48	»	23	»	51	»	18	»	»	»	60	»	34	»	8	»	12	»	24	»		
Juillet	27	»	22	»	122	»	28	»	15	»	30	»	40	»	24	»	27	»	30	»		
Août	11	»	28	»	56	1	51	»	14	»	28	1	36	»	23	»	42	»	16	»		
Septembre ...	9	»	48	»	24	»	33	»	15	»	63	»	31	1	29	»	30	»	24	»		
Octobre	44	1	32	»	44	»	25	»	84	»	61	»	26	»	27	»	10	»	12	»		
Novembre	43	»	82	»	47	1	51	»	38	»	40	»	56	»	13	»	16	»	25	»		
Décembre	59	»	110	»	22	»	35	»	32	»	18	»	31	»	17	»	17	»	37	»		
Totaux	241	1	581	»	774	6	432	»	322	»	485	1	393	1	420	»	286	»	295	»	134	»

accès ont continué malgré un traitement énergique jusqu'à la mort, survenue à 4 heures 1/2 de l'après-midi. — Du 1er au 10 janvier on avait noté ; 5 accès le 3 ; — 1 le 4, 1 le 6, rien les 7, 8 et 9 ; — 60 dans la nuit du 10 au 11 janvier ; 57 le 11, mort.



Fig. 22. — Bar... en janvier 1904.

Température après décès.

Température aussitôt après la mort	....	**40°,7**
1/4 d'h. —	....	**4°,70**
1/2 h. —	....	**39°,1**
4 h. —	....	**38°,6**
6 h. —	....	**37°,8**
8 h. —	....	**34°,1**
10 h. —	....	**32°,9**
Poids après décès	....	**31 k. 500.**

Autopsie faite le 13 janvier 1905. — TÊTE. — *Cuir chevelu* **assez épais**, légèrement congestionné, **sans** ecchymoses. —

Crâne très épais, dur, lourd, assez fortement congestionné sur sa coupe, sensiblement plus épais à droite qu'à gauche. Les *sutures* persistent toutes, sont finement dentelées et *gorgées de sang*. La partie médiane de l'occipital est légèrement imbriquée sur la partie correspondante des pariétaux.

Légère plagiocéphalie, frontal gauche en retrait, occipital gauche en saillie. — Peu de *liquide céphalo-rachidien*. — Les différentes parties de la base du crâne semblent symétriques. — La *dure-mère* n'offre rien de particulier.

Encéphale. — Les *nerfs* et les *artères* de la base de l'encéphale sont symétriques ainsi que les *artères vertébrales* (1). Des deux côtés, les ventricules latéraux, les cornes d'Ammon, les couches optiques, les corps striés n'offrent rien de notable; — la *pie-mère*, un peu épaissie, présente une vascularisation presque générale; çà et là quelques *plaques ecchymotiques*. Les lobes frontaux sont accolés par leur face interne et la pie-mère correspondante offre des adhérences à la substance grise.

Hémisphère cérébral gauche. — La pie-mère s'enlève en général assez facilement, sauf au niveau des plis pariétaux, du pli courbe où il y a des adhérences, ainsi que sur les circonvolutions de l'hippocampe et de la quatrième temporale. Les circonvolutions sont convenablement développées, sinueuses. FA et PA sont tout à fait régulières ainsi que le S. R. Le lobe frontal est relativement très développé; ses plis de passage sont assez nombreux, les sillons sont assez profonds. Le lobule de l'insula présente des digitations volumineuses. Différentes coupes pratiquées sur cet hémisphère montrent un piqueté hémorrhagique assez prononcé des noyaux du corps strié et du centre oval.

Hémisphère droit. — *Face interne*. La décortication se fait assez facilement. Les circonvolutions sont volumineuses. Il n'y a pas d'adhérences. — La face convexe n'est pas décortiquée, l'hémisphère étant réservé pour examen histologique.

Cou. — Persistance du thymus. — Le *larynx* n'offre rien de particulier.

Thorax. — Adhérences nombreuses et résistantes de la plèvre droite. — Adhérences assez prononcées du lobe supérieur. Congestion intense du lobe inférieur. — A gauche, œdème très marqué du lobe supérieur, congestion moins accusée qu'à droite du lobe inférieur. — *Cœur* rien à noter.

1 Certains auteurs ont invoqué l'inégalité des artères vertébrales comme une cause de l'épilepsie.

Abdomen. — *Foie* et *rate* congestionnés. — Les *reins*, également congestionnés, se décortiquent facilement.

Poids des organes.

Encéphale	1.220 gr.
Hémisphère cérébral droit	530
— — gauche	530
Cerveau	1.080
Hémisphère cérébelleux droit	60
— — gauche	65
Bulbe et protubérance	25
Cervelet et isthme	150
Moelle épinière	40
Cœur	170
Poumon droit	350
— gauche	420
Foie	780
Rate	100
Rein droit	70
— gauche	70

RÉFLEXIONS. — I. Le *père* de B... aurait eu une *affection* probablement *méningitique* dans l'enfance. Il faisait de nombreux *excès alcooliques*. Notons aussi que son *grand'père paternel* était *buveur*. — Rien à noter du côté de la *mère* et de sa famille.

II. Pendant la *grossesse*, *frayeur* de la mère. — L'évolution aurait été normale jusqu'à 9 ans 1/2. Alors, un mois après une *peur*, est apparu le *premier accès* d'*épilepsie*. Le second est survenu au bout de trois mois. Ensuite ils ont été bimensuels, enfin quotidiens.

III. Plusieurs particularités sont à relever. 1° L'habitude que nous avons de prendre la *température* durant les cinq premiers jours de l'entrée permet de nous assurer que l'enfant n'est pas sous le coup d'une maladie intercurrente, par exemple d'une fièvre éruptive. Elle nous permet aussi d'avoir des éléments de comparaison pour apprécier l'élévation de la température sous l'influence des accès. Cette comparaison (p. 339 et 345) nous montre une *élévation* incontestable de la température après les accès, ainsi que nous

l'avons dit un grand nombre de fois (1). — 2° L'enfant a succombé à un *état de mal* épileptique et selon la règle que nous avons contribué à établir, il y a eu une élévation considérable de la température. — 3° Pour en finir avec la température, nous devons signaler, après le décès, l'abaissement progressif de la chaleur centrale qui arrive à se mettre de niveau avec la température de la chambre (2). On a de la sorte la *certitude de la mort* dans nos climats.

III. Bar.. avait la coutume de se coucher sur le ventre, coutume dangereuse, car s'il survient un accès dans cette position la face est plaquée sur l'oreiller ou le traversin et l'asphyxie est à peu près fatale. C'est pourquoi nous recommandons aux infirmiers d'empêcher les enfants de dormir sur le ventre (3).

IV. De l'autopsie nous ne relevons que ce qui a trait à la *calotte crânienne*. Comme chez la plupart des vieux épileptiques, elle était épaisse, lourde, graisseuse et légèrement violacée, ce que l'on peut attribuer à la congestion qui accompagne les accès et comme ici les accès étaient très nombreux, il y avait en quelque sorte une congestion chronique des os.

V. Nous avons vu que Bar.. dormait plusieurs heures après ses accès, puis, que, jusqu'au coucher, il était hébété : ce sont là des signes qu'il importe de noter car ils amènent à porter un *pronostic* grave et à prévoir la *démence*.

VI. La *déchéance physique*, dont les photographies

(1) La T. R. fournit un excellent moyen de déceler la *simulation*, par exemple chez les militaires. Naturellement il ne faut pas se contenter d'une seule expérience.

(2) Contrairement à l'habitude, on n'a pas poursuivi la prise de la température assez longtemps.

(3) Cette précaution doit s'appliquer à tous les enfants afin de prévenir souvent l'*onanisme*.

donnent une idée exacte (déviation antérieure et latérale du tronc, inclinaison de la tête, bouche, béante) et la *déchéance intellectuelle* ont marché parallèlement. Les *spécimens de l'écriture*, pris à diverses reprises (1895-1902), traduisent bien aussi les progrès de la démence.

Rappelons que si la démence épileptique survient, en général, plus vite dans l'*épilepsie vertigineuse*, elle peut apparaître quand les accès sont compliqués de *vertiges* et enfin, l'observation actuelle en fournit la preuve, quand les *accès* sont très fréquents. (Voir le tableau, p. 351) (1).

CLINIQUE MENTALE

Cholémie et Mélancolie (*Fin*) (2).

PAR LE Dr COLOLIAN.

La cholémie n'influe pas toutefois sur la symptomatologie de la mélancolie. Les sujets que nous avons observés étaient atteints de toutes les formes mentales de la mélancolie, depuis la forme simple jusqu'à la mélancolie stupide.

Un autre fait, c'est que l'intensité de la cholémie n'est pas en rapport direct des symptômes. On pourrait croire qu'une cholémie légère ne donnera lieu qu'à une simple dépression mentale, et qu'une forte cholémie produira la stupeur. Il n'en est rien. Nous avons observé des stupides, tarés d'une cholémie très légère ; tandis que de

(1) Voir : Bourneville et H. d'Ollier, *Contribution à l'étude de démence épileptique*, suivie de l'*Examen histologique*, par Brissaud (*Arch. de neurologie*, 1880, p. 212). — Cette note a été communiquée au *Congrès des aliénistes et neurologistes de Rennes* en août 1905.
(2) Voir le n° 116, août 1905, des *Archives de Neurologie*.

simples déprimés, hypochondriaques ou neurasthéniques à un faible degré, nous ont révélé une cholémie intense. Cela s'explique par la prédisposition névropathique du sujet.

Pour fournir un exemple, prenons les alcooliques. Journellement, on observe des alcooliques chroniques, intoxiqués depuis des années par des doses énormes de boisson qui ne présentent point de troubles psychiques, tandis qu'un simple appoint pousse les dégénérés au délire. L'équilibre mental se maintenait en l'absence du poison ; mais dès que l'alcool intoxique les cellules, quelque minime qu'en soit la dose, le délire apparaît. La résistance cérébrale a cédé et le sujet devient psychopathe.

Ce rapprochement est juste. La biluribine, qui fusionne avec le sang dans la cholémie, est un toxique. Chez le sujet pondéré, au point de vue cérébral, ce mélange n'amène qu'une simple dépression.

L'alcool, dans le même cas, ne produirait qu'un simple affaiblissement psychique. Chez le prédisposé, la tristesse ira jusqu'à la neurasthénie psychique ; chez le dégénéré, jusqu'à la mélancolie simple, consciente ou délirante. Ce n'est point là une division schématique, mais bien une constatation clinique. Il faut donc se baser non sur l'intensité de la cholémie, mais sur la résistance cérébrale du sujet, pour se rendre compte du degré de la mélancolie. Les observations suivantes démontreront la part que fournissent la cholémie et la dégénérescence, dans l'éclosion de la mélancolie.

OBSERVATION I. — *Mélancolie consciente avec phobie et impulsion. Cholémie.* (Résumée).

L. Clémentine, 38 ans, journalière.

Mère morte hydropique (ascite). Père mort cardiaque à 59 ans. Fille unique. Pas de maladie. A été très scrupuleuse, douteuse, n'ayant pas confiance en elle-même.

Mariée depuis 12 ans ; a eu 6 enfants et deux fausses couches pas de syphilis chez elle.)

La maladie actuelle remonte à un mois. Il y a un mois 1/2 elle avait accouché d'un sixième enfant qu'elle nourrissait. Durant sa grossesse déjà, elle avait eu des idées mélancoliques ; elle voulait se détruire, mais elle n'en avait pas le courage, à cause de son enfant. Depuis qu'elle allaite, la résistance psychique

s'est encore amoindrie et elle a eu la phobie de tuer son enfant. Ayant peur d'elle-même, elle écrivit au commissaire de police pour qu'il protège cet enfant contre ses impulsions.

Elle se rendait compte de son état de tristesse et désirait la mort pour elle, mais non pour l'enfant.

L'état mélancolique avec phobies et obsessions impulsives, sont les traits dominants. C'est donc une mélancolique consciente, chez laquelle l'hérédité des parents n'est pas évidente, mais dont l'équilibre mental n'a jamais été solide.

La *cholémie* est des plus nettes. Le teint est mat, avec pigmentations périoculaires ; quelques grains de beauté sur la figure. Taches pigmentaires sur les membres. Sur le ventre, la ligne brune est très accusée. La paume des mains et la plante des pieds sont jaunâtres.

La malade a très facilement la chair de poule. Dyspepsie hyperpeptique. Somnolence digestive. Voracité pendant la grossesse. Constipation.

Le pouls marque 82 à 86. La température est entre 36°8 et 37°3.

Foie et rate anormaux.

Les *urines* sont foncées ; elles ne contiennent ni sucre, ni albumine, ni bile, ni acides biliaires. Pas d'indican. Urobiline très nettement apparente.

Le *sérum* sanguin est bien teinté et l'acide azotique décèle le Gmelin.

A un degré plus accusé de la dégénérescence héréditaire, on peut rencontrer une mélancolie plus délirante, plus en rapport avec la tare. C'est le cas dans l'observation suivante.

OBSERVATION II. — *Mélancolie anxieuse avec idées de persécution. Cholémie* (Résumée).

Maria D..., ménagère.

Père mort d'une maladie de foie (non alcoolique). Un frère atteint d'affection hépatique. Une tante maternelle morte aliénée.

Maria a eu deux fièvres typhoïdes, l'une à 13 ans, l'autre à 31 ans. Elle est mariée depuis 10 ans, mais elle vit séparée de son mari depuis 6 ans. Pas d'enfant, pas de fausse couche.

Caractère toujours taciturne, boudeur.

Première atteinte de mélancolie, il y a 15 ans.

L'état actuel remonte à un mois. Il a débuté par des céphalées, par un malaise général, avec fatigue des membres ; insomnie, perte d'appétit, constipation. Puis la tristesse apparait, avec des

hallucinations et des idées de persécution. Elle entend la voix de son mari, qu'elle n'a pas vu depuis 6 ans ; c'est lui qui est cause de ses malheurs.

Tentative de strangulation pour échapper aux menaces de son mari. Anxiété par intervalles.

Cholémie. — Teint bilieux, grisâtre ; taches de rousseur et grains de beauté sur la figure. Foie un peu gros, sensible.

Urines peu foncées. Pas de sucre, ni albumine. Indicanurie et urobilinurie.

Le sérum sanguin est peu teinté, mais le réactif de Gmelin est faiblement positif.

Cette malade est doublement héréditaire, appartenant à une famille d'hépatiques et de névropathes. Par surcroît, elle a eu deux fièvres typhoïdes qui ont certainement achevé l'œuvre de la dégénérescence. Ses misères de ménage ont encore débilité ce cerveau surmené ; de sorte qu'on ne peut nier l'œuvre de la déchéance mentale dans l'éclosion de la mélancolie. La cause toxique, la cholémie existe, mais peu accusée.

On voit que les rapports ne sont pas directs entre le délire et l'intensité de la cholémie.

Observation. III — *Mélancolie anxieuse. Cholémie* (Résumée).

Madeleine L..., 32 ans. Père mélancolique, est mort dans un asile d'aliénés. Mère a eu des coliques hépatiques et néphrétiques. Nature triste, inégale ; intelligence très peu développée.

Début de l'affection actuelle, il y a trois mois. Pas de cause apparente. Cela a commencé par de l'inquiétude, de l'insomnie, des crises de larmes. Suppression des règles. Salivation abondante. Dyspepsie hyperpeptique. Constipation opiniâtre.

Madeleine L... est brune ; elle a le teint mat, les traits alanguis. Elle parle à voix basse, gémit par instants. Idées hypocondriaques : son cœur ne bat plus, sa tête est remplie de glace. Foie gros et douloureux. Pouls à 66° ; aux moments d'anxiété, il monte à 90°. Les extrémités sont froides et légèrement cyanosées.

Urines foncées ; urobilinurie nette. *Sérum* sanguin renfermant de la biluribine.

Observation IV. — *Mélancolie hypocondriaque. Cholémie* (Résumée).

Louise B... 36 ans. Père mort de fièvre typhoïde ; mère morte à la suite de couches. Grand'mère maternelle épileptique. Un cousin maternel également épileptique.

Il y a deux mois, Louise B... a senti un vide dans la tête, avec angoisses ; il lui semblait qu'elle allait mourir ; elle voyait tout le monde en noir, « les gens lui paraissaient tout noirs. » Elle avait peur, ne sachant de quoi. Cette première crise n'a duré que quelques jours.

Le premier internement est de date récente (novembre), pour « délire mélancolique avec hallucinations, idées confuses de persécution, excitation, insomnie. » Au bout de 20 jours d'internement, elle s'améliore et est remise en liberté le 8 décembre.

Actuellement, elle est de nouveau angoissée depuis une huitaine de jours.

Idées hypocondriaques : elle crache tous ses poumons, elle a des élancements au cœur ; elle ne digère pas ; son estomac est enflé. Elle a senti un empoisonnement dans le corps : « elle a senti que son cerveau coulait tout d'un coup dans sa gorge, et qu'elle avait sûrement une méningite. Elle a pris des médicaments trop forts. »

Cholémie. — Taches de rousseur sur la figure. Epistaxis fréquemment. Gingivorragie à la moindre cause et souvent sans cause. Rhumatisme chronique, déformant. Prurit au cuir chevelu, dix jours avant la première crise de mélancolie. Urticaire il y a trois ans, pendant 8 jours, très fortement. *Urines* claires : pas d'urobiline. Ni sucre, ni albumine, ni indican. *Sérum* peu teinté. Gmelin très léger.

Cette observation est intéressante. Louise B... ne paraît pas appartenir à une famille biliaire et cependant son sang contient des pigments ; la malade présente, en outre, plusieurs phénomènes de cholémie simple familiale. La névropathie héréditaire est suffisamment accusée pour qu'il soit utile d'insister.

L'urobilinurie n'existe point. Il ne faut donc pas se baser uniquement sur sa présence ou son absence pour conclure. Il faut rechercher les pigments biliaires dans le sérum.

Il nous est arrivé de ne rien découvrir dans les urines, tandis que le sang nous apportait quelques éléments. Cela s'explique, d'une part, par ce fait que les réactifs ordinaires ne parviennent pas toujours à découvrir la faible quantité d'urobiline éliminée. D'autre part, il arrive que les malades ont été soumis au traitement et au régime lacté avant l'examen chimique des urines.

Observation V.— *Mélancolie hypocondriaque avec hallucinations; idées de persécution et de suicide. Cholémie.* (Résumée.)

Marie G., 47 ans. Son père aurait présenté des accidents mélancoliques avec idées de suicide à la mort de sa femme, mais il n'y a pas eu nécessité d'internement. Mère se portait bien, morte subitement. Un frère, d'un autre lit, mort de fluxion de poitrine.

Notre malade, d'un naturel triste et hypocondriaque, s'est toujours beaucoup préoccupée de sa santé. Après son mariage, elle eut une métrite, qui fut le point de départ des troubles névropathiques. Les préoccupations tournèrent au délire hypocondriaque, avec grand abattement. Cela remonte à 14 ou 15 ans. Depuis, Madame G... a eu plusieurs fois des crises de mélancolie, avec idées de suicide, mais non suivies de tentative.

Trois mois avant son entrée, les idées de persécution prennent corps et solidité. « Les voisines lui en veulent, elles la feront interner, puis on viendra chercher son mari, on les guillotinera tous deux. »

Des hallucinations de la vue et de l'ouïe surgissent. Elle voit les voisines qui font des paquets et se causent ; on lui dit qu'on va la faire enfermer.

Elle pense qu'elle est « très anémique ; elle souffre constamment dans le ventre, sa métrite n'est pas guérie et se transformera en « une sale maladie. » Elle a eu jadis une arthrite bénigne au genou ; elle croit qu'elle va en retomber malade et que cette arthrite deviendra « une tumeur ». Elle est toujours triste, parce qu'elle est « très malade », et parce qu'on lui fait des misères. La voix est atone, les traits tristes ; le regard fixé au sol ; elle parle lentement.

Le pouls est petit, lent (60). Les extrémités sont cyanosées. Elle a toujours été constipée ; entérite muco-membraneuse de vieille date.

Le teint est nettement bilieux et la malade sait qu'elle « change » de couleur, depuis quelques mois seulement. Elle a toujours été brune, mais pas comme actuellement.

Taches pigmentaires sur la face. Purpura disséminé sur le corps. Le foie et la rate sont normaux. La température oscille entre 36°5 et 37°2, sans perturbations ni irrégularités.

Les *urines* sont foncées. Pas d'acides biliaires ; pas d'indican. Traces d'albumine. Urobiline très nette. Sérum assez foncé : Gmelin de moyenne intensité.

Observation. VI. — *Mélancolie avec hallucinations ; idées de persécution. Cholémie.* (Résumée.)

Louise S. Père mort à 33 ans ; buveur. Mère paralysée, albu-

minurique ; avait des vomissements avant la paralysie, de nature dyspeptique (?). Chez Louise S., aucune maladie. Nature triste, misanthrope. Le début de sa maladie remonte à une quinzaine de jours.

Mariée il y a 4 ans ; son mari l'a quittée il y a 18 mois et n'a plus donné signe de vie. Le départ et l'absence de son mari l'ont beaucoup attristée. La cause apparente de son délire vient de là. Du moins tout le délire se concentre sur son mari. « Il lui a passé des maladies honteuses avant de partir, pour avoir le prétexte de l'accuser. Il cherche par tous les moyens à la faire passer pour ce qu'elle n'est pas. Il la dit voleuse. » Elle entend d'ailleurs la voix de son mari qui la menace et lui dit des sottises et des jurons. Elle entend aussi d'autres voix. Elle a écrit à son frère pour lui dire sa ferme intention de se tuer « parce qu'elle est trop malheureuse avec son mari absent, qui pourtant la tourmente et la maltraite constamment ». Elle a eu aussi des idées d'homicide, elle voulait tuer son mari. Aucune tentative.

Cholémie. — Le teint est mat et ne se colore pas. La malade a facilement la chair de poule. Urticaire très souvent. Dyspepsie. Constipation opiniâtre. Entérite muco-membraneuse. Hémorrhoïdes. Jusqu'à l'âge de 12 ans, épistaxis. Gingivorragie très facilement. Foie un peu gros. *Urines* claires : pas de sucre ni albumine. Urobilinurie légère. *Sérum* peu teinté ; Gmelin léger.

Observation VII. — *Mélancolie anxieuse. Cholémie.* (Résumée).

Blanche S..., 34 ans. — Père mort d'une affection cardiaque ; mère morte aliénée dans un asile. Blanche S..., a eu la fièvre typhoïde à 15 ans. Constipation habituelle. Fausse couche il y a 5 ans ; métrite à la suite. Blanche S... était très méticuleuse, peu causeuse, un peu triste de nature.

Le début de la maladie actuelle paraît dater de 6 mois. Il s'est manifesté par de l'inquiétude, de l'insomnie, des idées de persécution indécises, passagères ; puis de la tristesse sans cause apparente. Cet état s'accentue de plus en plus. La malade vivait maritalement avec un buveur qui lui conseillait de se fortifier avec du vin de quinquina. Alcoolisme très peu accentué.

Actuellement, Blanche S... est franchement anxieuse, persécutée ; sa conversation est entrecoupée de gémissements, de pleurs, de contorsions, qui trahissent bien le fond dépressif et la douleur mentale.

« J'ai été à l'hôpital Bichat... Je ne sais pourquoi on m'a envoyée ici... On disait que j'étais folle..., oh ! monsieur, je ne suis pas folle... (crise de larmes), je sais, je sais... vous êtes de la police... on me l'a dit.... on voulait me faire entrer dans une mai-

son publique comme fille (nouvelle crise de larmes, gémissements) ».

Avec insistance dans les questions, on parvient à découvrir des idées de persécution sur ce fond de mélancolie anxieuse. Les infirmières s'entendent pour la faire passer pour « pas grand'chose », pour « une fille publique ». Elles ont écrit une lettre pour la dénoncer comme folle.

Ces idées de persécution sont surtout alimentées par des hallucinations de l'ouïe très intenses : toute la journée et la nuit, elle entend des voix qui la menacent, qui parlent d'elle et la font passer pour aliénée. Les autres sens paraissent respectés.

Dans la mélancolie anxieuse alcoolique, au contraire, les hallucinations de la vue sont constantes et presque toujours terrifiantes.

La malade a eu, de plus, toute sa vie, des préoccupations hypocondriaques. Elle a souffert de sa santé fort délicate, dit-elle. A 20 ans (elle était femme de chambre), il lui semblait que tous ses membres étaient paralysés (pas d'hystérie), et qu'elle perdait ses os. Elle s'alimente mal (il faut la forcer), parce que son estomac est très malade et qu'elle vomit tous les aliments qu'elle prend. (Elle a vomi une fois sa purge, depuis qu'elle est dans le service, mais cela a suffi pour engendrer une idée hypocondriaque).

Cholémie. — Teint bilieux : taches pigmentaires sur la figure. Constipation. La température est normale, regulière. Le pouls, un peu petit, est rapide : 90 ; cela est dû à l'anxiété et à l'agitation. Poumons, cœur, foie, rate normaux.

Urines un peu foncées. Urobilinurie nette. Pas d'indican, ni sucre ni albumine. *Sérum* : Gmelin très léger.

Les urines des mélancoliques ont été examinées souvent. Les éléments normaux y sont modifiés. Parmi les éléments anormaux, on a signalé le sucre, quoique très rarement. D'après nos recherches sur 70 mélancoliques, nous concluons que la glycosurie est plus fréquente qu'il n'est dit. Nous en avons souvent trouvé, avec l'indicanurie ou avec l'albuminurie. La glycosurie nous a paru plus fréquente chez les mélancoliques stupides. Elle existe à un léger degré dans les trois observations suivantes :

OBSERVATION VIII. — *Mélancolie stupide. Grossesse. Glycosurie. Cholémie.* (Résumée.)

Emilie G..., 22 ans. Les renseignements sur ses parents nous manquent, mais nous savons que sur 10 enfants, 5 sont morts en

bas-âge, de 2 à 5 ans, de méningite. Emilie n'a jamais été intelligente ; elle avait des réflexions d'enfant. Quelques mois avant son internement, elle se plaignait de malaise général, d'inappétence, de céphalée, de constipation. Elle se déprimait tous les jours. On s'aperçoit, un mois avant son entrée, que son ventre grossit et qu'elle n'a pas ses règles. Emilie ne peut ou ne veut pas fournir de renseignements sur sa grossesse. La famille croit qu'on a abusé d'elle.

A son entrée dans le service, elle est franchement atteinte de stupeur. Elle ne répond à aucune question ; elle reste somnolente ; parfois elle s'agite, se lève mais ne cause pas. Refus d'aliments. Hallucinations problables.

Aucun organe ne paraît atteint. Pas de fièvre. Pouls à 60 ou 64, petit, dépressible mais régulier. Elle est brune, avec masque de grossesse sur la figure. Grains de beauté sur la poitrine.

Urines claires (la malade absorbe par la sonde œsophagienne de 1 à 3 litres de lait en 24 heures). L'urobiline a été trouvée une fois seulement sur plusieurs recherches. Pas d'albumine, mais du sucre : 0.50 centigr. par litre. Le *sérum*, examiné à différentes reprises, a donné le signe de Gmelin.

Observation IX. — *Folie à double forme ; mélancolie stupide actuellement. Glycosurie. Cholémie.*

Louis F..., 32 ans. — Père mort à 44 ans d'apoplexie. Mère morte également d'apoplexie à 66 ans ; elle était vive, coléreuse et déprimée par intervalles. Un frère et deux sœurs se portent bien. — Louis F... est né à terme. Assez intelligent, il apprenait facilement. Aucune maladie dans l'enfance. Pendant son service militaire, il a eu une affection cérébrale (1885). Pas de renseignements sur cet état, très probablement mental et de même nature que celui qu'il a présenté depuis et qu'il présente actuellement. Il n'y a, chez lui, ni alcoolisme, ni syphilis. Il était de caractère triste et vif, comme sa mère.

En 1891, Louis F... a eu une grande émotion. Sa femme, enceinte, étant prise de douleurs, il court chercher la sage-femme ; à son retour, une voisine lui annonce brusquement que sa femme et son enfant se meurent.

A partir de cette époque, il eut de violents maux de tête et perdit l'aptitude au travail. Il avait de l'insomnie et manquait d'appétit. Constamment, il exprimait sa crainte d'être repris de l'affection cérébrale qu'il avait eue au régiment. Son état s'aggravait tous les jours ; il croyait voir dans la chambre sa mère et des individus inconnus ; il se disait l'auteur d'un crime dont les journaux parlaient à ce moment. Il avait par instants des crises d'excitation et d'agitation, puis des moments de stupeur.

Placé à Sainte-Anne, le Dr Magnan porta le diagnostic : de « Délire mélancolique avec hallucinations ; excitation par intervalles et tendance au suicide. » Complètement guéri quelques mois après, F..., fut rendu à sa femme.

Pendant 8 ans, il ne donna plus aucun signe de troubles psychiques. En 1900, il fut repris d'une dépression mélancolique, mais de très courte durée, 8 jours seulement. En 1901, second internement, mais cette fois pour : « Excitation maniaque, gémissements, propos incohérents, répète continuellement les mêmes mots. » (*Signé* Magnan). Une vingtaine de jours avant cette crise de manie, F... avait fait, paraît-il, des excès de travail qui l'avaient beaucoup fatigué. Il était devenu soucieux, puis s'agita ; il ne reconnaissait personne autour de lui. Par instants, il était loquace et parlait d'évènements concernant sa vie. Cette crise passa vite également, F... fut rendu à la liberté. Il reprend son travail jusqu'au 31 décembre 1902. Le soir, en rentrant, il se plaint de la tête. Le lendemain, il est triste, abattu, somnolent ; il parle peu ; il dit à sa femme : J'ai peur de vous avoir contrariée. » Il ne sort plus. Deux jours avant son internement, il va pourtant au bois de Chaville, marche plusieurs heures sans s'alimenter. C'est dans le bois de Chaville qu'il a eu ses premières hallucinations ; il lui semble qu'on le poursuit ; des voix lui disent de se pendre et il cherche une corde.

Le 6 janvier 1903, il est en stupeur, il ne cause plus. Sa physionomie trahit une anxiété, mais il ne répond à aucune des questions qu'on lui adresse et il ne mange pas. Le 7 janvier, on l'amène à l'asile.

Sa physionomie est triste et anxieuse à la fois. Il veut causer, les quelques gestes qu'il fait indiquent qu'il veut répondre, mais la parole ne sort pas. Le teint est gris, avec quelques taches pigmentaires sur les tempes. On l'alimente par la sonde. L'insomnie est absolue. Pendant trois jours, F... reste dans le même état de stupeur avec mutisme absolu.

Le 11 janvier, il dit quelques mots à la visite du matin et dès les jours suivants, sa mémoire s'éclaircit, la tristesse disparaît, il mange et dort bien.

Les *urines*, analysées le premier jour de son entrée, sont d'une couleur foncée ; elles ne contiennent pas d'albumine, mais il y a du sucre, 1 gramme par litre. Urobilinurie nette et intense. Indican en petite quantité. Le *sérum* est foncé ; le Gmelin est très net.

Le 9 janvier, les urines renferment des traces de sucre et très peu d'urobiline. Le sérum a été examiné une seconde fois le 15 janvier. Le Gmelin était à peine perceptible.. Les urines ne contiennent plus d'urobiline.

La température est normale, sans inversion. Le foie et la rate sont normaux. Pas de souffle au cœur.

OBSERVATION X. — *Mélancolie stupide. Glycosurie. Cholémie.*

Gabrielle, 24 ans. Père mort il y a trois semaines, d'une congestion pulmonaire (la malade ne sait pas la mort de son père) ; il était un peu buveur. Mère morte il y a 18 mois : plusieurs mois avant sa mort, elle était déprimée, mélancolique et avait des idées de persécution. Elle est morte dans cet état à la suite d'une congestion cérébrale. Dans sa jeunesse, elle avait eu la chorée. Une cousine germaine paternelle est aliénée, internée.

Gabrielle est fille unique ; elle est née à 7 mois, pesait un peu plus de trois livres. Une tante, qui nous fournit ces renseignements, ne lui a connu aucune maladie dans l'enfance. Elle était timide, très peureuse.

Il y a sept ans, étant jeune fille, elle a eu une première atteinte de folie à la suite d'une peur (coups de pistolet tirés dans le voisinage). Elle était anxieuse et très déprimée ; par instants, elle voulait s'en aller. La crise a duré 2 mois seulement. Depuis, elle se portait bien. Elle s'est mariée il y a 15 mois. Pas d'enfant.

Aucun renseignement sur le début de l'affection actuelle. Quand on l'a vue, quelques jours avant son internement seulement, elle était déjà malade et alitée : elle demandait la mort et prétendait n'avoir besoin ni de boire ni de manger. Elle pensait qu'on se moquait d'elle parce qu'on s'en occupait. Elle entendait des voix sur lesquelles elle ne donnait pas de renseignements. Elle disait qu'on l'insultait et elle se bouchait les oreilles pour ne pas entendre. Elle avait des idées de ruine : elle n'avait plus d'argent et ne voulait pas manger, parce que les aliments qu'on lui donnait n'étaient pas payés. Plusieurs fois, elle parla de mort et fit même des tentatives de suicide. Elle se jeta sur les carreaux pour se précipiter par la fenêtre ; elle a voulu se brûler les mains.

Etat actuel. — Petite, maigre, très pâle, les yeux hagards : la physionomie est à la fois étonnée et anxieuse. Les premiers jours de son arrivée, elle a causé un peu. « J'ai eu le malheur de dire quelque chose... Je sais que pour ça on va arrêter mon mari et mon père... » Ses phrases sont incomplètes, mais on saisit le sens de ses préoccupations morbides. Elle a commis une grande faute en disant quelque chose (pas d'explication sur cette chose) et par suite, son mari, nullement coupable, sera arrêté. Elle empoisonne tout le monde, aussi veut-elle mourir. Elle a essayé de se frapper la tête contre les murs. Quelques jours après, la malade ne cause plus : mutisme absolu pendant 15 jours, avec gâtisme et sitiophobie. Alimentation à la sonde.

Un mois et demi après, amélioration légère : elle prononce quelques phrases, ne gâte plus et mange les aliments qu'on lui présente. Par instants, pourtant, elle s'agite encore et veut se sauver. Hallucinations probables.

Cholémie. Pas de renseignements exacts sur les antécédents héréditaires. Sa mère a eu de fortes coliques dans le bas-ventre pendant quelques jours, il y a 10 ans ; pas de jaunisse. — Pâleur blafarde. Deux grains de beauté très marqués sur la face. Foie gros, dépassant les côtes de cinq travers de doigt. La rate, tout en ne présentant pas de matité notable, paraît grosse à la palpation. Rien au cœur. Pouls 80. Température entre 36,5 et 37,2. Cyanose légère des extrémités.

Les urines, foncées les premiers temps, contenaient de l'urobiline en petite quantité. L'urobilinurie a diminué vers le 20 février et sa réaction est peu sensible. (La malade absorbait par la sonde de 2 à 3 litres de lait par jour.) Indican en petite quantité. Pas d'albumine. Traces de sucre. Le sérum très peu teinté. Gmelin positif (léger) à 2 reprises.

Il résulte de ces observations que le rôle du foie est prépondérant dans la pathogénie de la mélancolie. Nous avons trouvé le foie lésé dans beaucoup d'autres cas. Le nombre de nos observations s'élève à plus de 70. Nous osons presque affirmer que les affections biliaires et la cholémie simple familiale ont une connexité de cause à effet avec la mélancolie.

La fréquence des *calculs biliaires* relevée par l'autopsie chez les mélancoliques (Snell, Wiedemann), ne serait-elle donc qu'une simple coïncidence ? Et les lésions prononcées des voies biliaires et du parenchyme hépatique que nous a démontrées l'examen histologique dans un cas de mélancolie doivent-elles être imputées également au hasard ? Nous avons rapporté ce fait dans notre communication avec le Professeur Gilbert et M. Lereboullet.

Quoi qu'il en soit, dans les cas de guérison de mélancolie que nous avons observés, les troubles du foie ont disparu en premier lieu ; la cholémie a diminué avant qu'aucun changement clinique, au point de vue mental, ait pu faire pressentir la guérison. L'urobiline disparaissait graduellement ; le Gmelin diminuait d'intensité jusqu'à la disparition complète. Dans l'observation IX, où l'affection mentale a été de courte durée, la disparition des signes de cholémie a été très nette.

Il nous est donc permis de conclure que la mélancolie est une affection générale et simultanée des organes internes et du cerveau, dans laquelle le foie est atteint avant toute dépression. Les troubles et les lésions du foie paraissent influencer l'état mental des prédisposés ou des dégénérés.

Le traitement. — Par une curieuse coïncidence, le traitement méthodique et idéal de la mélancolie, traitement adopté depuis de longues années par tous les cliniciens français et étrangers, est aussi le mieux approprié à la guérison de la cholémie.

Qu'on accepte ou non que la mélancolie soit une affection purement psychique ou neuro-psychique, on la soigne comme la cholémie simple familiale. En effet, la clinothérapie est la première indication dans la mélancolie et dans la cholémie simple familiale, quand elle se complique d'une des nombreuses manifestations gastro-intestinales que nous avons signalées. Le repos au lit réussit aussi bien dans la mélancolie que dans la cholémie.

Dans les services d'aliénés où le traitement par le lit n'est pas encore adopté d'une façon générale, on le réserve aux mélancoliques, dans les sections de l'Infirmerie. Car l'expérience a prouvé que la mélancolie est plus rapidement guérie par la clinothérapie. Il en est de même en ce qui concerne les cholémiques. Le professeur Gilbert prescrit de 3 semaines à un mois de repos au lit ou sur une chaise longue dans la position allongée.

Le régime alimentaire est presque identique pour les mélancoliques et les cholémiques. Les troubles gastro-intestinaux étant semblables dans les deux états, la même alimentation doit réussir dans les deux cas ; et c'est ce qui arrive. Les aliénistes proscrivent les aliments qui augmentent les fermentations gastriques ou intestinales. Ils recommandent une alimentation composée surtout de légumes verts, de farineux et de laitage. Les viandes blanches sont préférées.

C'est aussi ce régime qui convient le mieux aux cholémiques. Le lait est largement ordonné par les aliénistes, pour les mélancoliques, et par le professeur Gilbert pour les cholémiques.

La même relation s'établit pour les autres soins. Pour combattre la constipation, soit des mélancoliques, soit des cholémiques, on prescrit de grandes lavages d'intestins. Cependant ces soins ne suffisent pas toujours pour combattre les symptômes nerveux de la mélancolie. En instituant un traitement contre l'affection biliaire on peut diminuer la cholémie. Mais il faut user d'autres moyens pour venir à bout de l'insomnie, de l'anxiété, de la tristesse, du découragement, etc.

Nous pouvons donc dire que le traitement rationnel de la mélancolie comprend deux parties, le traitement de l'affection organique et le traitement des symptômes psychiques. C'est grâce à ces deux modes de thérapeutique qu'on peut espérer une guérison.

SOCIÉTÉS SAVANTES

PREMIER CONGRÈS BELGE DE NEUROLOGIE ET DE PSYCHIATRIE.

Tenu à Liége du 28 au 30 septembre.

A l'occasion de l'exposition de Liége, la *Société de Neurologie* et la *Société de Médecine Mentale* de Belgique ont décidé de se réunir périodiquement sous la forme d'un *Congrès national de Neurologie et de Psychiatrie*. La première session de ce nouveau Congrès s'est tenue à Liége du 28 au 30 septembre dernier. La séance d'ouverture a eu lieu dans la salle académique de l'Université sous la présidence de M. de Latour, directeur général au Ministère de la Justice, représentant le Gouvernement. Un grand nombre d'aliénistes et de neurologistes venus de tous les points de la Belgique y assistaient ; on y remarquait également la présence de plusieurs médecins hollandais, allemands, roumains et français.

Mlle Yoteyko et M. le Dr Glorieux, présidents, l'une de la Société de Neurologie, l'autre de la Société de Médecine mentale, qui avaient été chargés, avec les vice-présidents et les secrétaires de ces deux Sociétés, de préparer l'organisation de cette session, de concert avec M. X. Francotte, professeur de clinique des maladies mentales à l'Université de Liége, ont été acclamés présidents du Congrès.

Mlle YOTEYKO a prononcé ensuite une courte allocution dans laquelle elle a souhaité la bienvenue aux Congressistes, notamment à ses membres étrangers et présenté quelques considérations psycho-physiologiques sur *la fatigue et la douleur*, objet de prélidection de ses études. M. le Dr Glorieux avait choisi pour thème de son discours l'étude de *la neurasthénie chez les ouvriers*. L'orateur s'est attaché surtout à montrer que cette affection, beaucoup plus fréquente dans la classe des prolétaires qu'on ne l'admet généralement, atteint de préférence les ouvriers sédentaires, travaillant dans des locaux étroits et mal aérés ; et que, par contre, ceux qui sont occupés à l'air libre et déploient une grande activité musculaire, en sont généralement exempts.

Les travaux proprement dits du Congrès ont occupé quatre séances. Les trois premières ont été consacrées presque exclusivement à l'exposé et la discussion des questions mises à l'ordre du jour et la quatrième à des communications particulières. La première question qui est venue en discussion est celle du

SENS DE LA DOULEUR

sur laquelle Mlle YOTEYKO, chef des travaux du laboratoire de psycho-physiologie de l'Université de Bruxelles, avait rédigé un remarquable rapport.

On admet généralement qu'il n'existe dans la peau que trois espèces de nerfs servant à conduire, les uns, les impressions de contact ou de pression, les autres les impressions de chaud, les troisièmes enfin, les impressions de froid (Blix et Golscheider). Quant aux sensations douloureuses, elles seraient dues, d'après la plupart des physiologistes, aux excitations de ces trois catégories de filets nerveux, à la condition que ces excitations soient suffisamment fortes.

Tel n'est pas l'avis de Mlle Yoteyko. Se basant d'une part sur le principe de l'énergie spécifique des nerfs, introduit en physiologie par Johannes Muller, et d'autre part, sur les expériences de Max von Frey, qui a eu recours pour l'étude physiologique de la peau à des excitateurs punctiformes spéciaux, Mlle Yoteyko admet qu'il existe au niveau de la peau et des muqueuses une quatrième catégorie de terminaisons nerveuses affectées spécialement aux excitations douloureuses. Au lieu d'être simplement l'organe de la sensibilité tactile, la peau serait donc un assemblage d'organes sensoriels, une sorte de vaste mosaïque formée de minuscules surfaces douées chacune d'une sensibilité spéciale.

Mlle Yoteyko ne se borne pas à admettre, avec un certain nombre d'auteurs, du reste, l'existence d'organes périphéri-

ques destinés à recueillir les impressions douloureuses, elle soutient encore, dans son rapport, qu'il existe des voies spéciales de conduction pour ces impressions, et que celles-ci sont perçues par des centres particuliers.

L'existence de centres de perception de la douleur, distincts de tous les autres, est basée surtout sur les *dissociations fonctionnelles* qu'on observe souvent entre la sensibilité tactile et la sensibilité à la douleur. L'analgésie pure, avec conservation de la sensibilité tactile, est en effet des plus nettes dans l'anesthésie générale par le chloroforme et l'éther, et dans quelques états pathologiques, tels que l'hystérie, la syringomyélie et certaines paralysies (cas de Barker). On sait d'autre part que Mlles Yoteyko et Stefanowska ont constaté, chez un certain nombre de sujets normaux, que la sensibilité à la douleur est plus vive du côté gauche que du côté droit, en un mot, que nous sommes tous gauchers pour la douleur. Ces auteurs croient pouvoir conclure de cette constatation que les nerfs dolorifères ne subissent pas de décussation comme les nerfs du tact, de la pression, etc. ; qu'ils se rendent, ceux du côté droit, dans l'hémisphère droit, ceux du côté gauche dans l'hémisphère gauche, probablement dans le voisinage de la région rolandique, et qu'à l'état normal, le centre de l'hémisphère gauche intervient seul dans la perception des impressions douloureuses, le centre droit n'entrant en jeu qu'à l'occasion des douleurs d'origine pathologique.

La thèse de Mlle Yoteyko allait trop à l'encontre des données physiopathologiques actuelles pour ne pas soulever quelques objections ; elles ont été formulées par MM. Sollier et Léri (de Paris), Crocq (de Bruxelles) et Bérillon (de Paris).

D'après M. Sollier, il n'existe pas de nerfs spéciaux chargés de la transmission des impressions douloureuses. La douleur est un phénomène central, cérébral, résultant uniquement de la difficulté qu'éprouvent les éléments nerveux à réagir aux excitations lorsque, sous une influence quelconque, leur tonalité est perturbée. La sensibilité à la douleur, d'après cette conception, ne serait que l'expression du mode le plus élevé du fonctionnement cérébral : elle apparaît dès que ce fonctionnement diminue pour disparaître lorsqu'il est inhibé ou suspendu. C'est ainsi que les choses se passent dans l'hystérie, où l'on voit la sensibilité à la douleur disparaître avant toutes les autres et ne réapparaître qu'après elles, c'est-à-dire à la suite du réveil complet des centres corticaux.

C'est donc seulement le cerveau, à l'exclusion de tout autre élément, qui intervient dans la production de la douleur. Cette théorie a été combattue par M. Léri.

Ayant observé un anencéphale chez lequel existaient, dans le domaine du trijumeau, de véritables réactions douloureuses, distinctes des manifestations purement réflexes, cet auteur tendrait plutôt à admettre deux ordres de sensations douloureuses : des sensations brutes en rapport avec les étages inférieurs du cerveau et des sensations différenciées qui seules seraient d'origine corticale.

Contre l'existence de nerfs spéciaux de la douleur, M. Crocq a invoqué un argument anatomo-pathologique. Nos viscères ne devenant ordinairement le siège de sensations douloureuses qu'à la période moyenne de la vie ou même plus tard, il s'ensuit que les conducteurs spéciaux de la douleur, — à supposer qu'ils existent, —, resteraient pendant de longues années sans fonctionner ; ces conducteurs devraient donc être atrophiés lorsqu'arrive l'âge mûr. Or, c'est précisément à cette époque de la vie qu'ils acquièrent le rôle le plus actif, ainsi qu'en témoignent les coliques hépatiques, néphrétiques, etc., si communes à cette période de la vie.

Mlle Yoteyko a répondu que les conditions qui président au développement des atrophies nerveuses sont encore trop mal déterminées pour que l'absence de ces atrophies, dans les circonstances indiquées par M. Crocq, ait une réelle valeur.

M. Bérillon (de Paris) a ramené la discussion sur le terrain psychologique en communiquant l'observation d'un sujet complètement insensible à la douleur et en même temps dépourvu de toute espèce d'affectivité. Ce fait, comme l'a relevé M. Sollier, concorderait plutôt avec l'opinion des auteurs qui assimilent complètement la douleur physique et la douleur morale, la première étant surtout d'origine périphérique et la seconde d'origine centrale, mais toutes deux ayant pour substratum l'ébranlement des mêmes centres.

Le travail dans la thérapeutique des maladies mentales.

Tel était le titre de la question de psychiatrie dont le rapport avait été rédigé par M. le Dr Cuylitz, médecin de l'asile d'Evere lez-Bruxelles.

Tous les aliénistes qui, depuis Pinel, se sont préoccupés d'améliorer le sort de l'aliéné ont soutenu que le travail était le moyen le plus sûr de détourner son esprit du cercle d'idées dans lequel il se complaît et d'attirer son attention sur des choses intéressantes et qui peuvent lui être utiles (Griesinger).

M. Cuylitz admet bien que le travail déplace l'attention et la fixe ailleurs, mais ce déplacement ne peut se faire, selon lui, sans que la volonté intervienne : or, comme chez la plupart des aliénés il y a un déficit plus ou moins considérable

de la volonté, essayer de les occuper serait une entreprise vaine. La chose n'est réalisable qu'à partir du moment où le sujet dispose de son attention et de sa volonté, c'est-à-dire lorsqu'il n'est plus aliéné.

Aussi est-il tout à fait exceptionnel, d'après M. Cuylitz, que les maladies mentales soient heureusement influencées par le travail physique ou psychique. Le travail ne peut prétendre qu'à être un moyen de distraction ou de diversion ; mais « de tous les moyens de diversion, il est peut être le plus dangereux parce qu'il sollicite des activités d'organes excités ou affaiblis à qui seul le repos convient ». N'y-a-t'il pas là une confusion entre le traitement des psychoses aiguës et celui des psychoses chroniques, et peut-on dire également à propos des unes et des autres, que « le meilleur exercice est le repos » ?

En tout cas, la conclusion formelle du rapporteur est que le travail, quel qu'il soit, ne doit être considéré que comme une diversion d'ordre humanitaire applicable seulement aux rémissions ou à la convalescence de la folie.

Malgré les applaudissements que lui ont valu la chaleur et la conviction avec lesquelles il a exposé cette thèse, M. Cuylitz a trouvé de nombreux contradicteurs.

MM. Swolfs (de Bruxelles), Beesau (d'Ypres), Peeters (de Gheel), Famenne (de Florenville), etc., sont venus affirmer à nouveau, en se plaçant à des points de vue divers, l'heureuse influence du travail, physique ou intellectuel dans le traitement des maladies mentales, jusques et y compris celui des démences. Faute de temps, cette discussion à été un peu écourtée et il ne s'en est dégagé aucune donnée vraiment précise ; aussi ne croyons-nous pas trop nous avancer en disant qu'après comme avant le rapport de M. Cuylitz, le travail, physique du moins, continuera vraisemblablement à être considéré comme un adjuvant précieux du traitement de la plupart des psychoses chroniques.

Cette séance s'est tenue au nouvel amphithéâtre de la clinique du Pr Francotte à l'asile Sainte-Agathe ; elle a été suivie d'une visite de cet asile sous la direction d'un de ses médecins, M. Lhoest ; quoiqu'un peu trop rapide, elle nous a permis d'admirer une profusion de petits ouvrages de couture exécutés par les pensionnaires, et qui, s'ils n'établissent pas l'action curative du travail sur les maladies mentales, semblent du moins prouver qu'il n'y a pas que les malades guéris qui soient susceptibles de travailler.

Les congressistes se sont ensuite dirigés vers la Maison de santé de Glain, dont la visite était inscrite au programme de cette matinée. La beauté du site incomparable où se trouve

cet établissement, qui comprend plusieurs pavillons séparés pour les malades nerveux et pour les aliénés n'a pas empêché les congressistes d'en admirer l'élégant confort, l'intelligent aménagement et les très complètes installations balnéo et électrothérapiques.

Cette visite a eu lieu sous la conduite des deux médecins de l'établissement, MM. COLLARD et LARUELLE, et elle a été suivie d'un lunch magnifiquement servi et gracieusement offert par son directeur, M. BUTTGENBACH.

La fin de la journée a été consacrée à la visite de la section scientifique de l'Exposition, et ce n'est que le lendemain samedi qu'est venue en discussion la question de neurologie intitulée :

LA PONCTION LOMBAIRE

Deux rapports, l'un de M. DE BUCK, médecin en chef de l'asile de Froidmont-lès-Tournai, l'autre de M. REY, médecin-inspecteur des écoles de la ville d'Anvers, exposaient très fidèlement l'état actuel de nos connaissances sur ce sujet.

Se plaçant surtout au point de vue diagnostique et thérapeutique, M. DE BUCK étudie d'abord, dans son rapport, les différents caractères physiques, chimiques, etc., du liquide céphalo-rachidien ; il examine ensuite les effets thérapeutiques de la soustraction d'une certaine quantité de ce liquide, isolée ou suivie de l'injection de diverses substances.

Parmi les caractères physiques du liquide céphalo-rachidien, seule sa coloration fournit actuellement quelques renseignements au point de vue du diagnostic. L'étude de la densité et de la pression osmotique présente encore un intérêt plus scientifique que pratique. La présence de la choline et l'élévation du taux des phosphates plaident en faveur de la nature organique de l'affection.

On peut en dire autant de la haute teneur en albumine du liquide céphalo rachidien ; mais l'albuminimétrie, malgré les nombreuses recherches dont elle a été l'objet dans ces derniers temps, ne saurait rendre les mêmes services que l'étude cytologique, qui seule fournit des renseignements diagnostiques vraiment sérieux.

L'évaluation de l'alcalescence, des chlorures, de la matière réductrice n'a, jusqu'à présent, aucune signification diagnostique. Même dans les psychoses organiques graves, les recherches sur l'acétone, les corps à réaction diazoïque, l'ammoniaque, les hémolysines, etc., sont restées négatives.

Il semble bien démontré, d'autre part, que la toxicité du liquide céphalo-rachidien provenant de paralytiques et d'épileptiques, etc., est nulle ou très faible, du moins pour l'animal. Son étude ne fournit guère de renseignements directs,

quel que soit le mode d'injection employé, abstraction faite des nombreuses causes d'erreur qui se rattachent aux méthodes intra-cérébrale et intra-veineuse. Peut-être y aurait-il lieu d'attacher une plus grande importance à l'évaluation indirecte de la toxicité par l'étude des échanges organiques des animaux injectés. En attendant le résultat de cette nouvelle orientation, le clinicien fera bien de ne pas accorder une grande valeur aux procédés toxicologiques.

L'examen bactériologique (fixation et coloration du culot sur lamelles, cultures, injection au cobaye, au lapin, etc.) n'a guère été appliqué jusqu'ici qu'à la différenciation des méningites. Malgré l'absence d'examens bactériologiques suivis sur le liquide céphalo-rachidien des confus, des délirants aigus, etc., il semble de moins en moins probable que l'infection joue un rôle dans la pathogénie de ces psychoses.

Au point de vue thérapeutique, les recherches de M. de Buck ne sont guère que la confirmation des données déjà acquises. C'est seulement dans la méningite franche que les ponctions lombaires répétées peuvent être utilisées comme moyen de décompression des centres nerveux et de drainage des matériaux septiques et toxiques.

Par contre, les ponctions lombaires sont restées jusqu'ici sans action sur l'évolution des psychoses. Elles n'influencent en particulier ni l'intensité, ni la fréquence des crises épileptiques, ce qui semblerait plaider contre la théorie mécanique de l'épilepsie et prouver que le toxique — si la théorie toxique est vraie — ne se trouve pas dans le liquide céphalo-rachidien.

La méthode qui consiste à injecter après la ponction diverses substances dans le canal rachidien — à part la rachicocaïnisation, la rachistovaïnisation, etc., qui ont surtout des indications chirurgicales, et qui, au point de vue de l'analgésie médicale, sont avantageusement remplacées par des injections épidurales — n'a encore guère franchi la période de tâtonnements, mais elle semble appelée à un avenir sérieux dans le traitement de certaines affections des centres nerveux.

La modération de ces conclusions qu'on sentait basées sur de consciencieuses recherches personnelles leur ont rallié tous les suffrages. A la vérité il existait bien quelques omissions dans le travail de M. de Buck et, M. Sabrazès (de Bordeaux) n'a pas manqué de les relever ; peut-être l'a-t-il fait avec un peu de sévérité étant donné le peu de temps laissé à la disposition du rapporteur (moins de trois mois) pour mener à bien son travail.

Le co-rapporteur, M. Rey, a fait connaître ensuite les résultats de son expérience sur la ponction lombaire chez l'enfant:

il a étudié la question aux points de vue de la technique, du diagnostic et de la thérapeutique. La ponction lombaire est inoffensive chez l'enfant comme chez l'adulte ; toutefois comme la moelle descend toujours davantage chez le premier que chez le second, on devra pratiquer la ponction le plus bas possible, c'est-à-dire dans l'espace lombo-sacré chez les sujets ayant moins de deux ans. L'examen cytologique et bactériologique du liquide céphalo-rachidien constitue un moyen de diagnostic puissant que tout praticien doit pouvoir employer. Actuellement, c'est dans les affections méningées que cet examen trouve son application la plus fréquente. La soustraction d'une certaine quantité de liquide céphalo-rachidien soulage presque toujours les petits méningitiques quand elle ne les guérit pas ; elle a, en outre, une valeur curative réelle dans l'hydrocéphalie. L'innocuité de la rachicentèse permet d'en essayer l'emploi dans diverses affections, entre autres la chorée, la coqueluche, l'éclampsie, l'urémie, la surdité, l'incontinence d'urine, etc , etc.

M. le Pr Van Gehuchten (de Louvain) s'est élevé contre cette extension peut-être un peu exagérée des indications de la ponction lombaire. Il regrette qu'on n'ait pas étudié les effets de la soustraction du liquide céphalo-rachidien chez les animaux avant d'en préconiser l'emploi chez l'homme. C'est aller en tout cas beaucoup trop loin, de vouloir ériger en dogme la complète innocuité d'une opération qui, de l'aveu de tous les auteurs, n'est pas exempte d'inconvénients, sans compter les quelques accidents mortels qui lui sont légitimement imputables.

M. le Dr Laruelle (de Glain) a fait connaître ensuite les résultats des 160 ponctions lombaires qu'il a pratiquées. Une particularité intéressante qui semble ressortir de ces observations, c'est que la coexistence constatée par lui à différentes reprises, d'une hypertension du liquide céphalo-rachidien intra-cranien et d'une hypotension intra-rachidienne du même liquide, serait l'indice d'une affection bulbaire. En terminant, l'orateur a insisté sur la nécessité d'unifier, pour pouvoir comparer les résultats signalés par les différents auteurs, la technique de la ponction lombaire et les méthodes d'examen du liquide céphalo-rachidien.

La quatrième et dernière séance a été consacrée à l'audition de communications particulières. On nous pardonnera, faute de temps et de place, de ne leur accorder qu'une courte mention.

Mlle Ioteyko a exposé les résultats principaux de ses recherches sur la haute valeur des *courbes de fatigue* pour le diagnos-

tic du siège de la lésion dans les différentes paralysies centrales ou périphériques.

M. Heilporn (d'Anvers) a montré d'intéressantes radiographies d'un cas d'*acromégalie*. La selle turcique apparaît notablement agrandie dans ses deux diamètres : elle présente un double contour dont l'un lui est propre et dont l'autre appartient sans doute à la tumeur hypophysaire.

M. Deroubaix (de Froidmont) a fait connaître les lésions qu'il a observées à l'autopsie de deux malades présentant le phénomène du *rire et du pleurer spasmodiques*. Ses constatations tendent à prouver que la voie pyramidale peut rester étrangère au processus : qu'il n'existe vraisemblablement qu'une seule voie de conduction tant pour le rire que pour le pleurer ; et enfin que les crises de rire et de pleurer ne sont nullement en rapport avec l'état émotionnel des malades.

MM. Parhon et Nadejde (de Bucharest) ont apporté une nouvelle contribution anatomo-pathologique à *l'étude des localisations motrices dans la moelle de l'homme*. Examinant la moelle d'un homme atteint d'une tumeur ganglionnaire du cou qui avait altéré ou détruit les muscles de la région cervicale antérieure, ces auteurs ont constaté une lésion exactement localisée aux groupes cellulaires centraux et latéraux des 3e et 4e myelotomes cervicaux.

L'intéressante communication avec projections de M. de Boeck intitulée : « *Qu'entend-on par le terme de manie ?* » a été l'occasion d'une petite escarmouche entre Krœpelinistes et anti-Krœpelinistes. On sait que les premiers ne considèrent plus la manie que comme un syndrome relevant tantôt de la démence précoce, tantôt de la folie maniaque dépressive ou d'autres formes psychopathiques, mais n'ayant pas d'existence propre, ne constituant pas une affection autonome ; les seconds au contraire, tout en reconnaissant que bon nombre d'états maniaques sont symptomatiques, réservent encore une place à part dans la nosologie pour la manie essentielle, idiopathique, et cela, malgré l'excommunication majeure dont Morel et J. Falret ont déjà frappé cette affection au siècle dernier. D'ores et déjà on peut affirmer que la victoire restera aux premiers, le groupe des hésitants inclinant manifestement vers eux.

On a encore écouté avec intérêt une communication de M. Sollier sur *l'héroïno-manie* ; d'originales remarques de M. Bérillon *sur l'hypnotisme envisagé comme adjuvant à l'orthopédie mentale* et la relation par Mlle Lipinska *d'un cas de gastrite hystérique guérie par suggestion*.

Citons encore, en regrettant de ne pouvoir nous y arrêter, plusieurs intéressantes observations de M. Glorieux sur la

présence d'un *clonus fruste de la rotule* dans certains cas de neurasthénie traumatique ; de M. Debray sur la *pathogénie de l'hémianopsie et de la déviation conjuguée de la tête et des yeux* ; de M. Lannois (de Lyon) sur l'existence de la *trépidation épileptoïde du pied au cours de l'anesthésie chirurgicale*; de M. Demouchy (de Paris) sur *un moyen de combattre l'insomnie par l'action hypnogénique de la main.*

Par leur diversité et l'originalité de quelques-unes d'entre elles, ces communications ont largement contribué au succès, désormais assuré, d'un Congrès dont tout l'honneur revient à la jeune École neuro-psychiatrique belge. Il a été clôturé brillamment par un banquet offert à tous les congressistes par M. le Dr Glorieux.

Ajoutons en terminant que les étrangers ont été l'objet pendant toute la durée de cette session des attentions les plus délicates, que la présidence de toutes les séances leur a été libéralement offerte, et que M. le Professeur Francotte — dont l'inépuisable aménité est restée gravée au cœur de tous les Français présents au Congrès de Bruxelles de 1903 — les a conviés à un dîner intime qui a scellé une fois de plus l'union des neurologistes et psychiatres belges avec ceux des autres pays. G. Deny.

SOCIÉTÉ D'HYPNOLOGIE ET DE PSYCHOLOGIE.

Séance du mardi 17 octobre 1905.

Le traitement psychomécanique de la kleptomanie.

MM. Bertillon et Pamart présentent deux enfants Kleptomanes remis par autorité judiciaire au patronage de l'enfance et de l'adolescence. Le directeur de cette œuvre les a confiés au Dispensaire pédagogique où ils sont traités par la psychothérapie. Superposés à l'orthopédie morale, certains mouvements appropriés permettent, chez les kleptomanes, comme chez tous les impulsifs, le dressage du pouvoir d'arrêt. L'hypnotisation doit être, chez ces sujets, poussée aussi loin que possible ; en outre la suggestion sera d'autant plus efficace qu'elle sera impérative et que, même, elle suscitera une émotion intense. Inefficace, ou à peu près, chez les idiots et les imbéciles, la suggestion réussira d'autant plus que le sujet à suggestionner sera plus intelligent.

Un ancien « traqueur » premier prix du Conservatoire.

M. Paul Farez. — Quelques semaines avant le concours de 1904, M. X... est pris de trac, avec incapacité absolue de jouer en public ; il ne dort plus et ne mange plus ; très déprimé, il verse dans la mélancolie et a des idées de suicide. En deux séances

d'hypnotisme, il est ramené à son état normal et mis en état d'affronter le concours ; il obtient, en 1904, un deuxième prix à l'unanimité. En 1905, sans avoir eu besoin d'être hypnotisé à nouveau, M. X... vient de remporter un brillant premier prix. Ce cas prouve, une fois de plus, la persistance et la solidité des guérisons obtenues par l'hypnotisme.

Lumière colorée et hypnocyanotrope.

M. Paul Farez.— On sait que la lumière rouge est stimulante, tandis que le bleu et le violet sont sédatifs. En pratique courante, il est bon de recevoir les malades dans une ambiance dont la couleur puisse heureusement agir sur leur état mental et sur leur tonus nerveux, c'est-à-dire les excités dans une chambre bleu-violet, les déprimés dans une chambre rouge. Ainsi, les uns et les autres sont mis dans un état de meilleur être, pendant toute la durée de la consultation ; ils deviennent dociles, confiants et acceptent les prescriptions médicales qui leur sont faites. De même, dans le procédé d'hypnotisation qui consiste dans le maintien d'une seule et même sensation visuelle, le sommeil survient plus facilement et plus rapidement si cette sensation a pour origine une couleur sédative, calmante, endormante par elle-même. Témoin ce petit appareil que je vous présente, fabriqué sur mes indications par M. Bercut, actionné par un de ses moteurs et que j'appelle hypnocyanotrope : la rotation de cette surface bleu-violet provoque l'apparition de l'hypnose bien plus vite que les divers miroirs rotatifs dont l'éclat ou le brillant coloris font plutôt appel à la fascination.

La simulation envisagée comme fait de parasitisme social.

M. Bérillon. — Après une étude psychologique du parasitisme à travers les âges, en particulier chez les Grecs et chez les Romains, M. Bérillon étudie le parasitisme contemporain, dont la simulation est le procédé de prédilection. De nos jours, une loi, inspirée par les meilleures intentions est, tous les jours, déviée de son but par des simulateurs désireux de vivre sans rien faire, aux dépens de leurs patrons.

Toutes les victimes d'accidents du travail ne simulent pas, le plus grand nombre exagèrent l'importance et la gravité de leurs blessures. Dans ce rôle de victimes, il en est qui se montrent d'assez mauvais acteurs. Par contre, il en est qui sont de véritables virtuoses. Il est vrai que, le plus souvent, ils ont été formés à bonne école. Il existe, à Paris, de véritables écoles de simulation. Des hommes d'affaires ingénieux apprennent aux ouvriers qui intentent des procès pour cause d'accidents de travail à tirer le meilleur parti de leurs blessures. Dans le monde politique, littéraire ou religieux, des parasites vivent aux dépens de la collec-

tivité, en simulant la passion du bien public. Les faux pauvres, les faux malades vivent ainsi aux dépens d'un groupe social, sans lui rendre, en échange, aucun service. Un simulateur a pu, pendant 15 ans, se faire passer pour fou et se faire héberger dans un établissement hospitalier. Après sa mort, on trouva une lettre dans laquelle il exprimait sa reconnaissance aux médecins grâce auxquels il avait été entretenu aux frais de ses semblables : c'est dans l'hospice qu'il avait connu les seules bonnes heures de sa vie et en mourant il avait l'unique regret d'avoir eu trop tard l'idée de simuler la folie.

La fatigue suggérée.

M. Vergnolle.— La fatigue suggérée est produite par la représentation mentale, plus ou moins intense, de l'effort accompli ou à accomplir ; et cette représentation mentale fait naître aussitôt l'idée d'impuissance. La fatigue est, suivant les cas, auto ou hétéro-suggérée, avant ou pendant l'effort. Un champion de course à bicyclette est fatigué vers le 98e kilomètre, dans une course de 100 kilomètres, vers le 146e dans une course de 150 kilomètres, vers le 192e dans une course de 200 kilomètres; la fatigue suggérée dépend de la longueur du trajet. Elle est vite délogée par la musique, le chant, l'orgueil, la colère, une harangue vibrante, etc., en somme, toutes les fois qu'une idée forte ou une émotion se substituent à l'idée de fatigue.

M. Demonchy rend compte du congrès de Neurologie tenu récemment à Liège, auquel il représentait la Société.

M. Bérillon rend compte également du congrès de médecine interne auquel il a assisté comme délégué de la société ; il résume la communication qu'il y a faite sur la scopolamine envisagée comme adjuvant à la suggestion hypnotique.

REVUE DE PATHOLOGIE MENTALE

I. — **Leçon sur la paralysie générale** ; par le Prof. Raymond. (*Archives de médecine*, n° 34 p. 80, 1905.)

Dans la première partie de cette intéressante leçon, M. le professeur Raymond expose l'histoire de deux malades : le premier, un homme de 37 ans, est atteint de paralysie générale à son début, quoique cependant déjà nettement caractérisée ; le second, un adolescent de 16 ans, présente la forme juvénile de cette maladie.

Discutant le diagnostic, le Professeur Raymond est amené à don-



Fig. 23. — Coupe horizontale de l'hémisphère gauche (cas n° 763 du laboratoire).

ner, à propos du second malade, son opinion sur la démence précoce.

« Actuellement, la conception de Kræpelin est fortement battue en brèche, car, outre que la distinction entre les diverses formes est loin d'être absolue, il n'y a pas, dans la démence précoce, un véritable état démentiel, au sens d'Esquirol, mais un simple état d'affaiblissement mental, la « Schwaechezustande », si bien que l'on est en droit de se demander si le terme de démence convient bien pour désigner cet état. Enfin, l'analyse exacte des faits montre que, le plus souvent, les troubles intel-

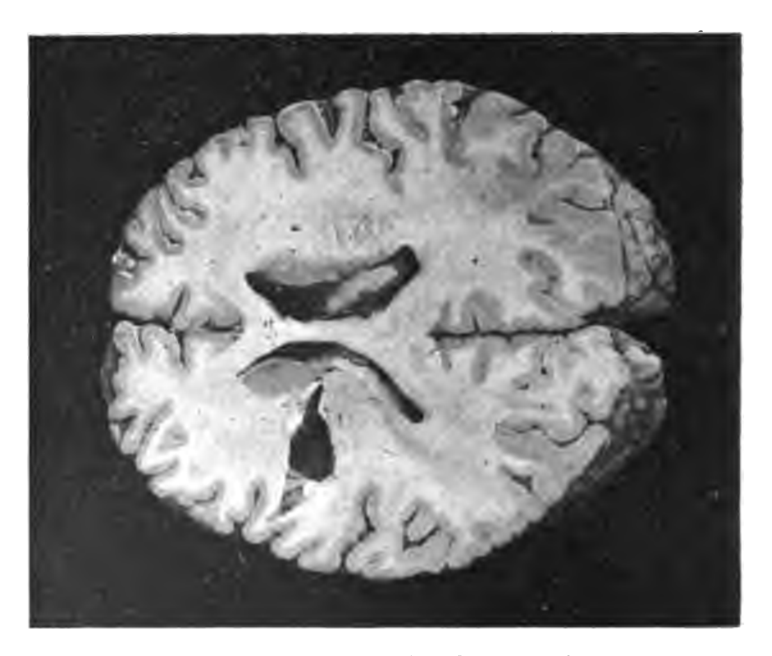


Fig. 24. — Paralysie générale, ancien foyer, hémisphère gauche.

lectuels ne sont pas précoces, mais constituent des résultantes, consécutives à une cause débilitante ; ce sont les psychoses de la puberté, surtout chez les dégénérés ».

L'auteur résume ensuite, dans la seconde partie de sa leçon, l'état actuel de nos connaissance sur la nature et l'étiologie de la paralysie générale. De la récente discussion qui a eu lieu à ce sujet à l'Académie de médecine, il résulte que la grande cause de la paralysie générale est la syphilis, dont l'action est, en particulier, évidente pour les cas de paralysie générale juvénile pour

laquelle l'absence des autres facteurs étiologiques, habituellement incriminés, rend particulièrement évidente l'origine syphilitique.

Quant au problème de la nature de la paralysie générale, sa solution appartient à l'anatomie pathologique autant qu'à la clinique. M. Raymond résume le récent ouvrage d'Alzheimer dans lequel cet auteur s'efforce de démontrer que la lésion n'est pas diffuse, de cause vasculaire, mais frappe certains systèmes, ce qui

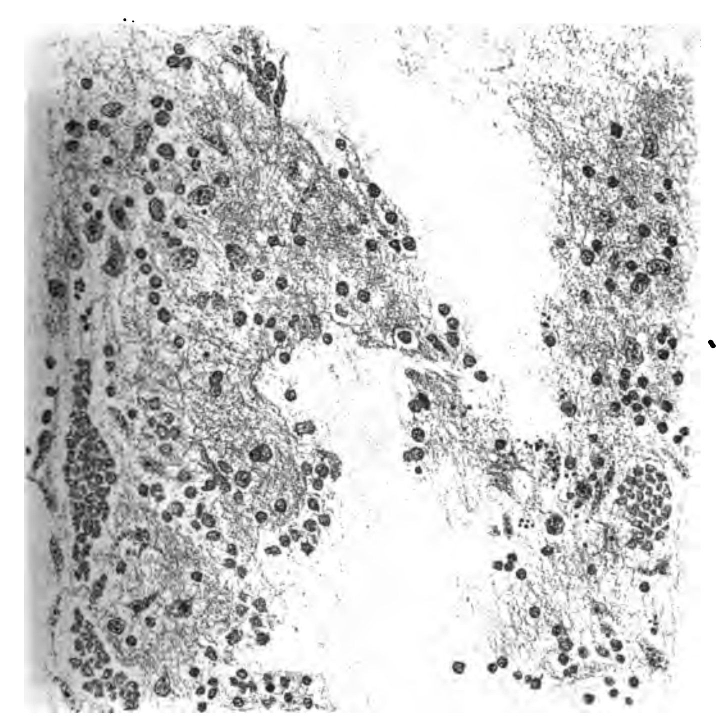


Fig. 25. — Éléments de l'infiltrat méningé, paralysie générale (cas 806 du laboratoire).

semble devoir être confirmé par les études actuellement en cours au Laboratoire de la clinique.

Pour Alzheimer, le processus histologique de la paralysie générale diffère de celui de la syphilis : l'infiltrat périvasculaire étant, dans le premier cas, constitué surtout par des plamazellen et des mastzellen, dans le second, par des lymphocytes. S'en rapportant aux résultats obtenus dans son laboratoire sur les cerveaux de paralytiques généraux, M. Raymond se demande

quelle valeur il faut attribuer à cette distinction qui ne paraît pas, en pratique, toujours bien évidente. D'ailleurs, dit-il, peut-être ne faut-il pas trop attacher de valeur aux questions de morphologie cellulaire. M. Raymond rappelle que ces distinctions morphologiques, autrefois si importantes en bactériologie, ont bien perdu de leur valeur depuis qu'on connaît mieux les transformations des microbes suivant leurs conditions d'existence. N'en sera-t-il pas de même un jour pour toutes les variétés de cellules dont les histologistes cherchent actuellement à préciser les caractères. Les lymphocytes sont des éléments venus des vaisseaux sanguins, les plasmazellen et les mastzellen semblent de nature conjonctive ; mais, outre qu'il y a encore bien des points inconnus dans la genèse et l'évolution de ces éléments, ils ont, en définitive, la même origine embryonnaire, le mésoderme ; peut-être apprendrons-nous quelque jour que la prédominance de tel ou tel dépend de conditions actuellement insoupçonnées, et ne suffit pas pour permettre de distinguer deux processus anatomiques différents. » (Fig. 23, 24 et 25.)

En somme, la syphilis est la cause dominante, mais nous ne pourrons dire avec certitude jusqu'où s'étend son action et comment elle s'exerce, que le jour où nous serons fixés *définitivement* sur l'existence et les caractères des paralysies générales ne relevant pas de la syphilis.

II. — **Ulcérations trophiques chez deux déments catatoniques** ; par Trepsat. (*Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, 1904, n° 6.)

L'ulcération est l'aboutissant de troubles dystrophiques prémonitoires, qui sont l'érythème, puis la bulle pemphigoïde. Les déments stupides offrent un bon terrain à l'infection en raison de leur inertie organique (1). F. Tissot.

III. — **Des troubles de la lecture, de la parole et de l'écriture chez les paralytiques généraux** ; par Joffroy. (*Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, 1904, n° 6.)

Dans la production des diverses formes du langage, on peut considérer un élément physique purement moteur et un élément psychique ; cette distinction, facile en théorie, ne correspond pas toujours dans la pratique à une indépendance réciproque de ces deux facteurs, car le trouble physique traduit souvent du même coup un fonctionnement défectueux des appareils moteurs et intellectuels.

Les modifications de l'articulation des mots, qui sont les mêmes pour la lecture à haute voix (troubles arthrolexiques) que

(1) L'hydrothérapie locale quotidienne ou biquotidienne est tout indiquée dans ce cas. (B.).

pour la parole spontanée (troubles arthrolaliques) reconnaissent comme principale cause l'incoordination motrice des muscles de la langue et de la face.

Les troubles psycholexiques se révèlent par l'intonation que donne le malade et qui est souvent en désaccord avec le sens des phrases ; ils trouvent leur explication dans la régression des notions acquises, par laquelle les paralytiques généraux comprennent mal et oublient vite ce qu'ils lisent, aussi lisent-ils fort peu.

Les troubles psycholaliques ont trait à la monotonie du débit, au choix des expressions (tendance au langage vulgaire), au défaut de coordination psychique, à l'aphasie. L'aphasie s'observe souvent au début de la paralysie générale, et elle constitue presque toujours un symptôme transitoire, sujet à répétition, mais sans tendance à la fixité ; dans ces conditions, le diagnostic en est parfois délicat. Il faut savoir qu'il n'y a aucun rapport constant entre l'intensité des troubles du langage et de la déchéance intellectuelle. Comme les précédents, les troubles calligraphiques trahissent un défaut dans la commande ou l'obéissance du système musculaire. Les troubles psychographiques concernent les idées exprimées, le mode d'expression de ces idées, la vitesse de l'écriture, tous caractères fertiles en considérations graphologiques. On constate la disparition rapide des caractères impersonnels (diplomatiques) de l'écriture et le retour de celle-ci vers l'écriture naturelle, enfantine. En général, l'écriture spontanée est moins défectueuse que l'écriture copiée.

L'agraphie, quand elle existe, a les mêmes particularités que l'aphasie qui l'accompagne habituellement. F. Tissot.

IV. — **Essai de recherches médico-statistiques sur 900 cas de paralysie générale des aliénés**; par G. A. Diédow. (*Obozrénié psichiatrii*, IX, 1904.)

Étude portant sur la période 1883-1902 de l'hôpital des aliénés de Bouraschevowo (Gouvernement de Twerr).

Pendant ces 20 années, il a été admis pour la première fois 3.867 aliénés hommes, 1.904 aliénées femmes. Sur ces 5.571 malades, il y a eu 714 paralytiques généraux du sexe masculin, et 186 femmes paralytiques.

Nous ne pouvons donner que les *conclusions* de ce mémoire.

1° La proportion des admissions pour paralysie générale assigne à cet hôpital la 3e place parmi les autres hôpitaux du même genre. — 2° La progression de la maladie est continue et irrésistible, chez l'homme comme chez la femme. — 3° Il a été admis pendant ces 20 années juste deux fois plus d'aliénés hommes que d'aliénées femmes, alors que le nombre des paralytiques hommes admis pendant le même temps est quatre fois plus grand que celui des femmes paralytiques. - 4° Chez la femme comme chez

l'homme, la paralysie générale sévit surtout de 36 à 40 ans ; pas un seul paralytique avant l'âge de 20 ans. — 5° Les paysans agriculteurs et les bourgeois constituent le principal terrain de la maladie ; les femmes, parmi les paysans, ont fourni le plus fort contingent, tandis que, parmi les bourgeois, ce sont les hommes. Cette prédominance des paysans tient à ce que ceux-ci forment la masse principale de la clientèle de l'hôpital, mais n'empêche que la paralysie générale pénètre de la ville au village où jadis nul ne la connaissait, et qu'en ville elle frappe plus souvent la classe subalterne des bourgeois. — 6° Ce sont les villageoises pauvres qui lui paient le plus fort tribut. — 7° Les célibataires hommes et femmes sont bien plus rarement atteints. — 8° La paralysie générale résulte de l'excessive tension, du surmenage du cerveau dans la lutte pour l'existence ; syphilis, alcoolisme, hérédité, traumatisme, etc., ne sont que des facteurs prédisposants. — 9° L'influence propre de chacun de ces facteurs est bien plus rare que leur action commune et combinée à d'autres facteurs étiologiques. — 10° Assez variés sont les phénomènes initiaux de la paralysie générale ; ils conduisent tous à un affaiblissement intellectuel assez précoce ainsi qu'à la faiblesse irritable du système nerveux. Parmi les accidents moteurs, on observe presque constamment inégalité et inertie des pupilles ; à ce moment, il n'existe généralement pas d'autres symptômes moteurs. — 11° L'évolution de la maladie a notablement changé dans ces derniers temps ; actuellement elle se traîne plus lentement, mollement, s'accompagnant d'attaques congestives et de rémissions plus fréquentes. Rare est la forme classique de la paralysie générale ; elle a cédé la place à la forme démentielle. Ce changement de caractère est probablement influencé par la plus grande fréquence des rémissions et attaques congestives. — 12° La mort arrive le plus souvent de 41 à 45 ans, en février et en novembre.

P. Keraval.

V. — **Contribution à l'étude de la démence précoce**, par E. Stransky. (*Centralblatt. f. Nervenheilkunde* XXVII. N. F. XV, 1904.) — **Contribution à l'interprétation de certains symptômes de la démence précoce**, par E. Stransky. (*Neurolog. Centralblatt*. XXIII. 1904). — **Contribution à l'étude du terme de** *dementia sejunctiva* ; par O. Gross. (*Neurolog, Centralbl.* XXIII, 1904.)

Stransky, à la suite d'une étude critique fort soutenue, admet la démence précoce à la condition qu'on en élimine la paranoïa. S'il est incontestable que l'on rencontre très souvent dans la démence précoce des complexus symptomatiques paranoïdes, il n'y faut point comprendre le vrai délire chronique.

Quant à voir, comme le veut Gross, dans cette maladie, un processus constitué par la *disjonction de l'intelligence et des éléments émotifs*, c'est excessif. M. Stransky cite à l'appui de son objection une observation très détaillée qui montre en outre que certains états catatoniques insuffisamment analysés permettraient de croire à la simulation, d'autant qu'il y eut en l'espèce une rémission prolongée.

M. Gross n'envisage pas la disjonction dans le sens de Wernicke. Le terme de *démence disjonctive* qu'il propose pour la démence précoce spécifie que la disjonction a une plus grande importance dans le groupe de la démence précoce que dans les autres groupes morbides considérés comme démentiels. Contrairement à ce qui a lieu pour ces derniers la disjonction prédomine dans la démence précoce. Pour lui, l'activité de la conscience résulte de nombreux processus psycho-physiques à décours simultané, synchrones ; l'unité d'action de la conscience est le produit de la synergie de processus synchrones. C'est cette synergie qui est supprimée par des troubles fonctionnels de nature inconnue. Et la décadence de la conscience tient dans la démence précoce à l'asynergie des éléments concourant à l'activité de la conscience. P. Keraval.

VI. — **De l'état des réflexes musculaires et autres de la face dans la démence paralytique** ; par W. M. Bechterew (*Obozrénié psichiatrii*, VIII, 1903 ; *Neurolog. Centralbl.*, XXII, 1903.)

L'auteur passe en revue les réflexes : du maxillaire inférieur (périostique du masséter), oculaire, zygomatique, buccal, mentonnier, des lèvres inférieure et supérieure, surciliaire, frontal, de l'angle buccal (réflexe du risorius), dont la manœuvre est connue.

On observe, conclut-il, surtout chez le dément paralytique, l'exagération des réflexes des muscles qui entourent l'orifice buccal et, par suite, avant tout, le réflexe mentonnier du réflexe buccal. En quelques cas, quand on frappe la lèvre supérieure ou inférieure, on voit, en outre de la contraction habituelle de l'orbiculaire des lèvres, les deux lèvres proéminer en avant, sans que les malades puissent arrêter cette grimace. L'association de l'exagération des réflexes musculaires de la face à celle des réflexes maxillaire inférieur, oculaire, zygomatique, indique les dégénérescences de la voie centrale des muscles correspondants ; cette dégénérescence, en l'espèce secondaire, est due à une lésion de la zone motrice de l'écorce frontale. Naturellement, les déments paralytiques présentent aussi une altération des réflexes musculaires du tronc et des extrémités, qui, dans quel-

ques cas, sont plus ou moins exagérés. Il y a des cas où l'activité réflexe des muscles de la jambe et du tronc est plus intense que celle des muscles de la face.

Dans la forme tabétique de la paralysie générale, les réflexes musculaires et autres de la face sont parfois exagérés. Parfois aussi les réflexes des muqueuses nasale et palpébrale sont nettement diminués ; il y a alors d'ordinaire anesthésie de la face et de la muqueuse nasale et conjonctivale. P. Keraval.

VII. — **Critique de l'article de Ziehen intitulé : De quelques lacunes et difficultés relatives au groupement des maladies mentales**; par Nissl. (*Centralbl. f. Nervenheilkunde* XXVII. N. F. XV, 1904).

Des causes réelles des psychoses, dit M. Nissl, nous ne savons autant dire rien. Quant à leur anatomie pathologique, nous sommes sur le point de l'entamer. Les méthodes d'examen des complexus symptomatiques qui s'offrent à nous sont encore trop grossières pour que nous puissions reconnaître sûrement les caractères distinctifs des modalités en apparence homomorphes de formes morbides différentes. Il ne nous reste donc en l'état qu'à grouper les psychoses d'après l'ensemble clinique. P. Keraval.

VIII. — **Démence précoce ancienne** ; par W. Weygandt. (*Centralbl. f. Nervenheil.*, XXVII, N. F. XV, 1904.)

Il s'agit de quatre malades entrés de 1850 à 1858 et quasi oubliés, leur histoire pathologique ayant paru close depuis plus de 40 ans. On les considérait communément comme des idiots qui n'étaient guère utilisables qu'à de petits emplois mécaniques. M. Weygand reconstitue l'évolution et le diagnostic de leur affection. Chez les 3 premiers par exemple on a noté avant l'âge de 30 ans hallucinations sensorielles, idées délirantes absurdes, désordre des actes caractérisé par l'amour de la contradiction, des manières, des néologismes ; cette période a été suivie d'un affaiblissement spécial des facultés. Actuellement ils ont perdu toute spontanéité mais ont conservé la mémoire exacte des événements anciens. L'un d'eux présente de la confusion verbale. Le quatrième sujet, mort il y a peu de temps, était devenu aliéné à vingt-deux ans ; son observation a pour intérêt principal des périodes hallucinatoires accompagnées d'agitation intense, de raideur dans le maintien et de catalepsie ; or ces deux derniers symptômes ont persisté presque jusqu'à la fin de la vie, c'est-à-dire pendant près d'un demi-siècle, survivant aux épisodes aigus alors même que dans sa démence, le malheureux radote la même idée ou que, finalement indifférent, il parle fort peu, tout entier à sa besogne quotidienne automatique.

P. Keraval.

IX. — **Des signes extérieurs de l'onanisme habituel chez les garçons** ; par W. de Bechterew. *Centralblatt für Nervenheilkunde* XXVI. N. F. XIV. 1903.)

Répétition de l'article russe paru dans l'*Obozrénié psichiatrii*, VII. 1902. Analysé in *Archives de Neurologie*, 2e Série.)

P. K.

X. — **Note sur le rôle pathogène de la simulation**; par Féré (*Revue de médecine*, mars 1904.)

La simulation de la folie et des névroses n'existe guère que chez les prédisposés, parfois même chez des aliénés confirmés. Dans l'observation que publie Féré, il s'agit d'une jeune névropathe à hérédité très lourde qui, à force de se priver volontairement d'aliments pour maigrir, finit par présenter une inappétence totale qui s'accompagna de vomissements. Les lavements alimentaires eux-mêmes causaient des nausées ; il en résulta un état d'amaigrissement extrême et un véritable délire mélancolique. Sous l'influence d'inhalations d'oxygène et d'un traitement moral bien conduit les phénomènes morbides disparurent les uns après les autres et la guérison s'est établie et maintenue. L. Wahl.

XI. — **Un cas d'idiotie amaurotique héréditaire** ; par Jame Burnet.

Le sujet était un enfant mâle, âgé de 18 mois. Il me fut présenté comme un enfant arriéré. Les parents étaient Juifs. D'après ce qu'on a pu noter, jamais aucun membre de cette famille n'avait eu d'affections mentales, nerveuses ou la syphilis. Durant la grossesse, la mère avait eu beaucoup d'ennuis. Elle était une femme très nerveuse, mais en aucune façon hystérique ou irritable. Le travail ne fut pas particulièrement laborieux ; mais elle fut mise sous l'influence du chloroforme un peu avant la naissance de l'enfant. Ceci fut fait, pensa-t-elle, à cause de sa faiblesse. Ses grossesses et ses enfantements antérieurs avaient été normaux. Elle n'avait pas eu de fausses couches. L'enfant en question était le septième. Des six autres, trois étaient morts en enfance.

Le tableau suivant montre l'âge auquel le dernier est mort et l'âge des survivants.

La maison dans laquelle le sujet habitait était située sur un terrain plat. Elle se composait de deux chambres dont l'une très noire était située sur une cour intérieure. L'enfant n'avait pas été souvent au grand air ; la mère, à l'état de grossesse, était par conséquent incapable de le sortir. A sa naissance, l'enfant parut en excellente santé. Il fut nourri au sein jusqu'à l'âge de 14 mois tout en prenant d'autres substances. Actuellement, il vit de la

Nombre des enfants	Sexe	Age	Vivant ou mort	Observations
I	F	3 semaines	Mort	Mort d'un érysipèle de la face.
II	F	13 ans 1/2	Vivant	Bonne santé. Devint aveugle à 18 mois et resta environ 18 mois. La cécité disparut après une attaque de rougeole.
III	F	10 ans 1/2	Vivant	Bonne santé, sujet à des accès bilieux.
IV	F	13 mois	Mort	Devint graduellement aveugle et mourut de méningite (?).
V	M	6 ans 1/2	Vivant	Bonne santé.
VI	M	6 semaines	Mort	Mort de convulsions au cours d'une bronchite.
VII	M	1 an 1/2	Sujet de l'étude actuelle.	

nourriture commune à la table de ses parents. Sa première dent lui poussa à 13 mois et il en compte aujourd'hui 8. Il ne pouvait ni marcher ni s'asseoir et les seuls mots qu'il pût dire étaient « mam » et « popo ». En somme, les digestions étaient bonnes, mais il avait occasionnellement de la diarrhée et des vomissements. Il dormait bien pendant la nuit mais peu dans le jour (si parfois il dormait). Il n'avait jamais eu de convulsions. Sa tête était grosse et montrait de légères saillies. Les fontanelles n'étaient pas ossifiées ; mais il n'y avait aucune lésion apparente. La partie supérieure du nez était déprimée. L'abdomen était très proéminent et il y avait un accroissement marqué de toutes les épiphyses.

A l'âge de trois mois il eut une pneumonie, et, depuis, il a été sujet à des attaques de bronchite (? rachitisme). On ne lui connaissait pas d'autres affections et il n'a jamais eu de maladies infectieuses.

Il arriva à l'état actuel graduellement ; sa mère avait remarqué que l'enfant était sensiblement arriéré pour son âge. n'avait jamais été un enfant fort, mais rien de particulier chez lui n'attirait l'attention de ses parents sur son cas. Il semblait

devenir de plus en plus nonchalant et apathique, il se contrariait plus facilement qu'autrefois et requérait beaucoup plus de soins et d'attention.

A l'examen, je remarquai que l'enfant avait une nature apathique assez prononcée. Quand il était assis sur les genoux de sa mère, avec son dos appuyé, ses yeux semblaient se fixer distraitement à la terre tandis que sa langue était constamment hors la bouche. Son corps était mou, flasque et un peu anémique. La peau avait une apparence de santé, mais la tête était humide. Il n'y avait aucune éruption sur le corps, ni œdème. Il semblait être d'un bon caractère et se laissait facilement examiner. Les cheveux n'étaient ni clairsemés, ni épais, il n'y avait aucun indice de dégénérescence sur le corps et les glandes étaient de grosseur normale. Sa voix était un peu faible. L'enfant était évidemment rachitique et je remarquai que ses doigts étaient quelque peu effilés tandis que les phalangettes du pouce avaient une tendance marquée à s'allonger.

La tête était quelque peu carrée et large. La fontanelle antérieure était encore très ouverte. La courbure, en arrière de la colonne vertébrale, était très prononcée. L'intelligence était évidemment altérée. Les muscles étaient mous et flasques mais il n'y avait aucune trace de paralysie. L'enfant ne pouvait se tenir debout ni s'asseoir sans soutien. Il fallait lui tenir la tête, sans quoi elle était rejetée en arrière et semblait tomber. Les mouvements réflexes étaient normaux, mais paresseux. Les fonctions sensorielles n'étaient pas affaiblies et les membres pas particulièrement sensibles. L'ouïe paraissait être quelque peu défectueuse car, s'il se produisait un fort bruit, l'enfant ne semblait pas l'entendre. Le sujet ne faisait pas attention à la main que j'agitais devant sa figure. Une lumière brillante attirait ses regards, mais ne pouvait pas apparemment être fidèlement localisée par lui. Après un examen ophtalmoscopique très difficile fait avec une lampe à l'huile, les cristallins parurent atrophiés.

Je regrette, beaucoup que durant mon absence, un jour de congé, l'enfant fut soustrait à mes soins et placé dans un hôpital général. Là il devait avoir pris froid car, à mon retour, ayant été mandé auprès de lui, je trouvai l'enfant souffrant d'une broncho-pneumonie. Il mourut enfin d'épuisement trois mois après mon premier examen. Comme j'avais vu l'enfant à l'âge de six mois et plusieurs fois à la suite, je ne fus pas surpris de le voir affligé de cécité quand il me fut amené à l'âge de 18 mois. Antérieurement, il m'avait toujours paru quelque peu affecté ; et, connaissant comme je la connaissais l'histoire de sa famille, j'avais craint que cette affection se changeât en cécité.

Le traitement que je lui ordonnai consistait en de l'extrait de thym et de l'huile de foie de morue ; mais, comme je l'ai dit,

mon absence momentanée fut cause apparemment que le traitement ne fut pas exécuté.

C'était évidemment un cas d'idiotie amaurotique héréditaire et il résulte du tableau exposé plus haut que tout deuxième enfant de cette famille devenait aveugle. Il peut être intéressant de noter que les trois premiers enfants étaient du sexe féminin tandis que les quatre derniers étaient du sexe masculin. Le deuxième enfant devint aveugle à l'âge de 18 mois, mais, chose curieuse, il recouvra la vue à trois ans, après une violente attaque de rougeole. La mère a, depuis, accouché de deux jumelles, après une grossesse de huit mois. Ce sont deux très petites filles et l'une d'elles a une apparence très maladive. Les couches furent heureuses et sans complications.

Autant que je me rappelle, vingt-sept cas semblables ont été enregistrés. C'est un fait curieux que presque tous ces cas, sinon tous, se sont rencontrés dans des familles juives. Cette maladie a généralement des suites fatales chez les enfants avant l'âge de deux ans, comme ce fut le cas ici. Je suis convaincu que cette maladie n'a pas une origine syphilitique, mais qu'elle doit être attribuée très probablement à quelque défaut dans le développement du tissu nerveux. Je pense que ces quelques brèves notes seront d'un intérêt appréciable, car voilà certainement un cas de plus à ajouter à la liste très restreinte des cas de cette incurable maladie.

Voici à titre de renseignement quelques indications bibliographiques que nous avons recueillies sur l'IDIOTIE FAMILLIALE AMAUROSIQUE OU AMAUROTIQUE.

I. Warren Tay : *Trans. of the Ophth. soc. of the United Kingdom*, 1881, t. I. — II. Sachs : *New-York, med. journ.*, 30 mars 1896. Sachs ; in Eulenburg's Encyclop. Jahrb., 1898, p. 239. — III. Kingdon : *Med. chir. Trans.*, 1897, t. LXXX, p. 87. — IV. Deux cas d'idiotie familiale amaurosique, par Hugh F. Patrick. et par Chas. H. Beard. (*The journal of nerv. and. mental. Disease.*, mai 1890, analysé dans *Arch. de neur.*, 1901, p. 62, 63, t. XI). — V. On amaurotic family idiocy, par Sachs (*Pédiatrics*, 1903, n° 1, p. 8). — VI. Amaurotic family idiocy, par Habançon. *N. Y. med. journ.*, 12 juillet 1902, an. dans A. N., t. XVII. — *Amaur. idiocy*, par Sachs. (*Journ. of ment.* Sc., 1897, p. 178). — VIII. On amaurotic family idiocy, a disease chiefly of the Gray matter ot the central nervous system. by B. Sachs. (*The journ. of nervous and. ment. disease*, 1903, p. 1). — IX. Un cas d'idiotie familiale amaurotique, par James Burnett. (*The journal of ment. Sc.* janv. 1905, p. 125.)

Il y a matière, avec toutes ces indications, à une *Revue critique* ou à une *Thèse*. (B.)

XII. — **Le Puérilisme démentiel sénile** : par DUPRÉ. (*Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, 1905, n° 1.)

Ce syndrome spécial, une des formes multiples d'altération de la personnalité, est caractérisée par la régression de la mentalité vers son stade infantile. Il y en a deux modalités : l'une, suscitée par une cause aiguë ou subaiguë (choc moral, intoxication, surmenage, etc.), apparaît brusquement, dure peu et s'évanouit bientôt, c'est le puérilisme aigu ; l'autre se dessine en une évolution lente, progressive et plus ou moins durable, dans le tableau clinique des démences organiques, c'est le puérilisme chronique. L'auteur rapporte l'observation illustrée d'une femme de 80 ans, démente, qui après un ictus se mit à affecter les allures, le langage et les amusements d'une enfant.

Le secret pathogénique de ces faits curieux nous échappe complètement ; cependant on peut en rapprocher les phénomènes de l'involution sénile de la mémoire qui comporte d'une part la disparition des souvenirs récents et des dernières acquisitions de la vie, d'autre part la réapparition très vivace des souvenirs anciens. « Le puérilisme mental apparaîtrait ainsi comme l'expression clinique du fonds primitif de la personnalité, mis au jour par le bouleversement des couches supérieures de notre stratification psychique. »

F. T.

REVUE D'ANATOMIE ET DE PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUES

XXXV. — **Myélites par toxines tuberculeuses** ;
Par M. CLÉMENT. (*Lyon médical*, 12 mars 1905 p. 564.)

M. Clément appelle l'attention sur des faits qui tendent à démontrer que la tuberculose peut donner naissance à des myélites systématisées, en dehors de toute lésion hétéromorphe de la moelle et de ses enveloppes. Les faits que l'auteur envisage sont d'un ordre tout spécial et sont homologues aux accidents nerveux périphériques, si fréquemment observés chez les tuberculeux.

Les recherches de Joffroy, de Raymond, de Pitres et Vaillard ont permis d'admettre que ces névrites périphériques paraissent dues à l'action des toxines tuberculeuses. L'interprétation des faits publiés par l'auteur devient facile, si on admet que ces toxines tuberculeuses peuvent atteindre les racines des nerfs et la moelle, et en dehors de toute hétéroplasie, d'y faire naître des

lésions médullaires réalisant des types classiques de myélites systématisées. A l'appui de cette thèse, l'auteur publie 6 observations de ce genre de myélite à type tabétique.

Il conclut que, de même qu'il y a des névrites périphériques toxiques chez les tuberculeux, il peut y avoir des myélites de même nature qui sont le plus ordinairement tabétiques. Que, dans la plupart des cas, les phénomènes nerveux, surtout au début, masquent les troubles pulmonaires aussi bien pour le malade que pour le médecin. C'est pour cette raison que M. Clément dénomme ce groupe de faits : *Forme larvée initiale de la phtisie à type tabétique, ou type spasmodique*. De l'analyse des faits, il semble résulter que les symptômes nerveux n'évoluent que lentement et n'aboutissent pas d'ordinaire à l'ataxie locomotrice complète ; ils restent ce qu'ils sont, ceux du tabes incipiens même après de longues années. La tuberculose pulmonaire, de son côté, semble évoluer plus lentement que d'habitude. Sur deux des malades de M. Clément elle a cependant déterminé une mort assez rapide. G. C.

XXXVI. — **Thrombo-phlébite du sinus longitudinal supérieur chez un paralytique général** ; par MM. Lannois et Jambon. (*Lyon médical*, 14 mai 1905 n° 20.)

Un cas de paralysie générale à marche rapide dans lequel, après une ponction lombaire, le malade eut un ictus avec crises épileptiformes, puis hémiplégie droite. Il succomba rapidement et les auteurs trouvèrent à l'autopsie, comme cause de la mort, une thrombose du sinus longitudinal supérieur.

Dans cette observation, deux points sont à mettre en relief 1° La trouvaille à l'autopsie de manifestations syphilitiques, telles que plaques gélatiniformes d'endartérite spécifique, alors que pendant la vie du sujet, il avait été impossible de mettre en évidence une syphilis aiguë antérieurement ; 2° la thrombose du sinus longitudinal supérieur qui correspondait fort bien aux symptômes terminaux présentés par le malade.

Les auteurs se demandent à quoi l'on doit rattacher cette thrombose ; a une localisation syphilitique ou à la ponction lombaire pratiquée deux jours avant ? La première hypothèse semble peu vraisemblable, car d'une part les déterminations veineuses spécifiques sont très rares ; d'autre part l'examen histologique, pratiqué au point où l'on aurait pu soupçonner l'existence d'une pareille lésion, a montré que la tunique interne du sinus était indemne. Les auteurs se rattachent plutôt à la seconde hypothèse, la ponction lombaire aurait occasionné une thrombo-phlébite d'un sinus, bien qu'il n'y ait pas traces de méningite purulente ni rachidienne, ni bulbaire, ni cérébrale, pas même des signes apparents de méningite aiguë congestive. G. Carrier.

XXXVII. — **Paraplégie flasque avec exagération des réflexes rotuliens et trépidation épileptoïde (examen histologique)**, par MM. Lannois et Porot. (*Soc. méd. des Hôp. de Lyon*, 20 décembre 1904.)

Femme de 41 ans ayant présenté brusquement une paraplégie flasque avec relâchement musculaire et atonie complète, une exagération des réflexes rotuliens avec trépidation épileptoïde inépuisable des deux pieds, une anesthésie complète, de la rétention urinaire et fécale persistante.

A l'autopsie, on trouva une carie nécrotique des vertèbres occupant la 7e cervicale, les 1re, 2e, et 3e dorsales ; au-dessous, la moelle, sur une longueur de 3 cent. 1/2, était réduite en bouillie tout en ayant conservé une coque périphérique.

Dans le cas où la lésion médullaire équivaut à une section, on a, en général, une paraplégie flasque avec abolition des réflexes. Dans les cas des auteurs, il y avait bien paraplégie flasque, mais de l'exagération des réflexes et de la trépidation épileptoïde.

Pour expliquer ce fait, M. Lannois a pensé qu'on pouvait invoquer une sorte de rappel à l'activité des voies courtes qui constituent l'arc médullaire réflexe chez les animaux inférieurs, chez l'enfant et qui persistent chez l'adulte pour les mouvements de défense.

L'examen histologique montra que la lésion de la moelle n'était peut-être pas aussi complète qu'elle le paraissait microscopiquement. Les A. n'en furent pas moins induits à penser que les voies courtes jouaient le rôle prépondérant, sinon exclusif dans l'exagération des réflexes et la trépidation épileptoïde. Le fait qu'ils mettent surtout en relief dans ce cas, c'est *la dissociation de l'état du tonus musculaire et des réflexes tendineux*.

Examen histologique. — Les constatations faites portent sur deux points : 1° l'existence d'un foyer de myélite transverse intense et très diffus ; 2° des dégénérations ascendantes ou descendantes d'aspect assez systématique.

Foyer myélitique. — Altérations structurales grossières de la moelle : asymétrie manifeste ; déformation de l'axe gris au niveau des cornes postérieures surtout. Les grandes divisions régionales se reconnaissent encore. A un examen plus attentif, mélange de lésions interstitielles et de lésions parenchymateuses.

Sur les coupes au picro-carmin, on voit un réseau scléreux fibrillaire, très ténu, qui a envahi la substance blanche des différents cordons.

Les altérations parenchymateuses existent à tous les degrés. Les fibres saines sont rares, cependant certaines régions des cordons latéraux en contiennent une grande majorité.

Il y a parallélisme assez rigoureux entre les lésions parenchy-

mateuses et les lésions interstitielles. En outre, il semble bien que l'inflammation reste soumise aux lois générales : elle est manifestement conditionnée par les vaisseaux et predomine là où l'hyperhémie est la plus active sur le bord du sillon et à la périphérie au contact des méninges dont les vaisseaux sont très dilatés.

Dégénérations secondaires. — 1° *Dégénérations descendantes.* Examinés au niveau de la 10° dorsale et de la 1° lombaire. a) *Cordons antérieurs* : Zone de dégénérescence occupant les deux bords du sillon antérieur contournant le bord antérieur de la moelle et s'étendant latéralement pour diminuer brusquement au niveau de la sortie des dernières racines antérieurs. b) *Cordons latéraux* : Zone de dégénération correspondant au territoire du faisceau pyramidal croisé. c). *Cordons postérieurs* : Quelques fibres dégénérées à la périphérie comme à la périphérie de toute la moelle.

2° *Dégénérations ascendantes.*—Etudiées au niveau de la moelle cervicale supérieure à la limite supérieure du foyer de myélite. a). *Cordons postérieurs* : Dégénération du cordon de Goll et de la portion la plus interne et la plus postérieure du faisceau de Burdach. La dégénération allait jusqu'à la commissure postérieure. b'. *Cordons antéro-latéraux.* 1° Au dessus de la lésion. Dégénérescence occupant toute l'aire des cordons mais particulièrement autour et au contact des cornes antérieures. 2° Dans la région cervicale supérieure : dégénérescence surtout marquée à la périphérie des cordons suivant une répartition paraissant systématique. Longue bande périphérique correspondant dans sa partie postérieure au faisceau, cérébelleux direct et dans sa partie antérieure au faisceau de Gowers.

G. Carrier.

XXXVIII. — **Rôle des muscles spinaux dans la marche normale chez l'homme**; par Lamy (*Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, 1905, n° 1.)

Les muscles spinaux (sacro-lombaire et long dorsal) se contractent énergiquement à chaque pas dans la marche normale sur un plan horizontal. Cette contraction est unilatérale et se produit du côté du membre inférieur oscillant ; elle passe alternativement d'un côté à l'autre comme l'oscillation elle-même. Elle débute à l'instant précis où le talon du membre portant vient rencontrer le sol et dure tout le temps de l'oscillation de la jambe. Elle est liée non à la progression, mais à la translation du poids du corps d'un pied sur l'autre, et elle se produit sous la même forme aussi bien dans l'oscillation sur place que dans la marche en avant. Son rôle est d'assurer l'équilibration latérale du tronc si elle s'oppose à l'inflexion latérale de la colonne vertébrale du côté où porte le

poids du corps, et au déplacement de la verticale passant par le centre de gravité du corps en dehors du pied portant sur le sol. La contraction unilatérale de la masse sacro-lombaire s'accuse par un changement d'aspect caractéristique dans la configuration des reliefs musculaires du dos ; la simple inspection de cette région, chez les individus maigres et musclés, permet de reconnaître quel est le côté sur lequel porte le poids du corps, soit dans la marche, soit dans l'oscillation sur place. F. T.

REVUE DE PATHOLOGIE NERVEUSE

XXI. — **Sclérose médullaire, transverse, segmentaire, dorso-lombaire gauche, métatraumatique. Forme clinique curable**; par le Dr Revilliod. (*Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, 1901, n° 1.)

L'observation du professeur de Genève est un nouvel exemple de ce fait clinique que des lésions périphériques peuvent retentir sur l'axe cérébro-spinal et provoquer, chez des prédisposés, des affections centrales, véritables réactions à distance dont le mécanisme pathogénique doit être analogue à celui des névrites ascendantes et des dégénérescences rétrogrades. — Chez une femme à hérédité nerveuse manifeste et quatorze mois après une fracture du pied droit, il survient un syndrome de Brown-Séquard : hémiparaplégie gauche, hémianesthésie sensitive et sensorielle du membre inférieur droit avec thermoanesthésie croisée du froid à droite, du chaud à gauche, qui autorise le diagnostic de myélite transverse segmentaire métatraumatique. Au cours d'une amélioration progressive, la malade fait brusquement un hématorachis avec double paraplégie flasque. Cet accident fut de courte durée, la résorption de l'épanchement sanguin fut assez rapide, et dès lors la marche vers la guérison s'accéléra.— Le traitement a consisté en électrisation, massage, médication hydrargyrique (quoique en l'absence de toute spécificité reconnue) et hydrominérale. F. Tissot.

XXII. — **Sclérose en plaques fruste ou syndrome cérébelleux de Babinski** ; par Scherb. (*Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, 1905, n° 1.)

Le syndrome de déficit cérébelleux peut simuler le tableau clinique de la sclérose en plaques : chez un homme de 40 ans, alcoolique, ce syndrome rare survint à la suite d'une pneumonie : ataxie, asthénie, atonie, tendance à tomber en avant, scansion de

la parole, démarche ataxo-spasmodique, sans tremblement volitionnel, ni exaltation des réflexes, ni nystagmus ; par contre, perte de l'équilibre volitionnel cynétique et conservation de l'équilibre volitionnel statique. L'auteur rattache cet ensemble symptomatique à une lésion probable du vermis dont un processus d'artérite aurait suspendu la circulation. F. T.

XXIII. — **Sclérodermie et maladie de Raynaud. Examen radiographique** ; par MM. NICOLAS et FAVRE. (*Soc. méd. des hôpit. de Lyon*, 17 janvier 1905.)

Observation d'un malade ayant présenté une maladie de Raynaud et une sclérodermie. La maladie de Raynaud est affirmée par les poussées répétées d'engelures, par l'œdème et la cyanose des extrémités digitales et la formation d'abcès à évolution chronique. La sclérodermie a évolué ensuite, s'agit-il de deux affections distinctes ou a-t-on affaire à deux syndromes dont la cause serait univoque.

Certains auteurs, comme Gaucher et Barbe, Thibierge, séparent les deux maladies et en font le diagnostic différentiel. D'autres auteurs comme Grasset, Favier, Golschmit, Garrigues, pensent que la sclérodermie et la gangrène de Raynaud sont des résultats différents, des variétés du même processus endartéritique. Les auteurs se rangent à cette opinion. Ils rattachent cette affection. chez leur malade, à la scrofule. Ils signalent enfin et insistent sur le résultat de l'examen radiographique des mains de leur malade. Les radiographies montrent au niveau de certaines phalanges, un processus de raréfaction et même de résorption osseuse manifeste.

La lésion est surtout nette au niveau du pouce et du médius droit. La dernière phalange de ce dernier est comme rongée et sa moitié terminale complètement résorbée. G. C.

XXIV. — **Mutisme chez un dégénéré datant de seize mois. Guérison par la suggestion** ; par MM. LANNOIS et FEUILLADE. (*Soc. méd. des hôp. de Lyon*, 17 janvier 1905.)

Observation d'un cas de mutisme chez un dégénéré, datant de seize mois, traité et guéri par la suggestion au cours d'une anesthésie par le chlorule d'éthyle.

M. Lannois insiste, à propos de ce cas, sur l'importance qu'il y a à pratiquer la suggestion dans le demi-sommeil qui suit l'anesthésie générale par le chlorure d'éthyle ou le somnoforme. Les auteurs signalent les phénomènes de suppléance qui se sont produits dans l'état mental de leur malade. Bizarre pendant son enfance, il est pris brusquement d'un besoin irrésistible de voyager et visite un grand nombre de pays.

Puis apparaît du bégaiement à mesure que le besoin de voya-

ger disparait. Enfin le mutisme s'installe. Après la guérison du mutisme sont survenus des phénomènes délirants. G. C.

XXV. — **Abcès extra-dure-mérien spontanément ouvert à l'extérieur**; par M. Lannois. (*Soc. méd. des hôp. de Lyon*, 14 février 1905.)

Un cas d'abcès extra-dure-mérien consécutif à une otite aiguë et spontanément ouvert à l'extérieur. Dans ce cas, M. Lannois, pense que le pus s'était collecté au-dessus du sinus latéral et avait suivi, pour faire issue au dehors, une des petites veines émissaires. Ce mécanisme paraît assez fréquent Lorsque l'abcès est périsinusien c'est surtout par l'émissaire mastoïdienne que le pus a de la tendance à sortir. D'autres fois, il y a une véritable carie osseuse, soit dans les cavités de l'oreille, soit dans le péricrâne. Il existe des cas, dans lesquels l'abcès collecté profondément fuse par le trou déchiré postérieur et donne un abcès rétropharyngien. (Cas de Kessel et de Rossi de Braunstein.)

L'intérêt de ces faits réside dans cette constatation que la dure-mère offre souvent au pus une résistance efficace. Grâce à cette résistance, si on intervient à temps, on évite les plus graves complications. G. C.

XXVI. — **Atrophie musculaire et bradycardie**; par MM. R. Lépine et J. Froment (*Soc. de méd. des hôpitaux de Lyon* 14 février 1905.)

Observation d'atrophie musculaire progressive myélopathique avec abolition des réflexes tendineux. Pas de contractions fibrillaires. Début apparent il y a 3 ans et demi. Bradycardie actuellement. L'intérêt de cette observation réside dans ce fait que la symptomatologie bulbaire est très fruste. Elle se traduit par du ralentissement du cœur. L'aspect général du malade est celui d'une polyomyélite chronique et non d'une sclérose latérale amyotrophique. L'évolution assez rapide de l'affection et l'envahissement bulbaire précoce sont des caractères pathognomoniques de la maladie de Charcot. L'envahissement bulbaire est certain mais se traduit ici par des phénomènes de déficit. G. C.

XXVII. — **Deux cas d'atrophies musculaires**; par MM. Lépine et Froment. (*Soc. méd. des Hôp. de Lyon*, 17 janvier 1905.)

Deux cas d'atrophies musculaires : le premier répondant au type classique des myopathies ; le deuxième correspondant à cette classe d'atrophies musculaires intermédiaires entre les myopathies et les myélopathies, à ces atrophies myélopathiques atypiques possédant quelques-uns des caractères des myopathies.

Observation I. — Myopathie ayant débuté à l'âge de 6 ans,

pseudo-hypertrophie. Aucun caractère familial. Traumatisme à l'âge de 1 an et demi. Présente les particularités suivantes :

Atrophie des sterno-cléido-mastoïdiens Scoliose énorme. Absence de caractère familial.

Observation II. — Atrophie musculaire myélopathique (contractions fibrillaires). — Caractère familial de l'atrophie.

Prédominance au niveau de la racine des membres. Facies myopathique — Scoliose professionnelle, prédominance de l'atrophie sur le pectoral gauche.

Le traumatisme professionnel (le malade travaille à une scierie) explique, d'après les auteurs, la prédominance de l'atrophie du pectoral gauche et l'aplatissement du thorax. G. C.

XXVIII. — **Myopathie avec spasmes localisés** ; par M. Lannois. (*Soc. méd. des Hôp. de Lyon*. 17 janvier 1905.)

Homme de 35 ans, présentant une myopathie à type scapulo-huméral, plus marquée à droite. Pas d'affection myopathique dans sa famille.

L'auteur attire surtout l'attention sur des spasmes localisés aux muscles de l'éminence hypothénar droite. Ces spasmes, qui naissent soit spontanément, soit lorsqu'il fait un travail un peu minutieux, comme rouler une cigarette, attire le petit doigt sous l'annulaire. Il est obligé de remettre son doigt en place avec le pouce de l'autre main. Les muscles ne paraissent pas atrophiés. Il présente aussi une contraction des muscles de la partie postérieure de la cuisse qui fléchissent fortement la jambe sur la cuisse. Parfois les contractions de ce genre peuvent se généraliser plus ou moins ; les malades prennent alors l'aspect de la maladie de Thomsen.

Ces cas sont intéressants, car ils établissent un lien entre les myopathies et la maladie de Thomsen et sont un argument clinique en faveur de la nature musculaire de cette dernière.

G. Carrier.

XXIX. — **Atrophies musculaires névritiques**; par MM. Lépine et Porot. (*Soc. méd. des Hôp. de Lyon*, 17 janvier 1905.)

Observation I. — Homme de 62 ans, présentant une atrophie douloureuse de la cuisse droite d'origine traumatique. L'intérêt de ce cas réside : dans l'apparition tardive de l'atrophie à la suite du traumatisme (deux ans), dans l'aggravation certaine due à la reprise immédiate du travail et à la fatigue (le malade reprit son travail le lendemain du traumatisme et le poursuivit pendant près d'un an.)

De tels cas peuvent soulever de grosses questions médico-légales ou de graves questions d'assurances. M. Lépine admet qu'en

l'espèce le rapport de causalité doit être pleinement admis en matière de certificat.

Observation II. — Homme de 53 ans, présentant une paralysie du bras gauche. L'attitude évoque l'idée d'une paralysie radiale ; l'examen montre certaines particularités anormales: les phénomènes paralytiques sont plus étendus que le domaine du radial, L'atrophie musculaire est diffuse à tous les ligaments du bras, sans aucune électivité et sans réalisation d'un type bien défini. La sensibilité objective n'est pas modifiée, mais il y a une exagération très marquée du réflexe olécranien du côté paralysé. Œdème notable des doigts et du dos de la main. Sécheresse et épaississement de la peau sur tout le reste du bras.

Phénomènes articulaires : symptômes d'arthrite du poignet et de l'épaule. Le début a été marqué par des douleurs au niveau du poignet.

Bronchite il y a cinq ans, l'ayant tenu 4 mois au lit avec amaigrissement et petites hémoptysies. Foyer de râles au sommet droit.

S'agit-il dans ce cas de simples névrites, prédominant sur le radial, avec œdème secondaire et tumeur dorsale du poignet? Ou doit-on donner la première place aux phénomènes articulaires avec névrite secondaire? M. Lépine incline vers cette seconde opinion et le fait d'une tuberculose pulmonaire non douteuse semble donner aux phénomènes articulaires une signature spécifique.

G. C.

XXX. — **Aphasie amnésique** ; par Halipré. (*Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, 1905, n° 1.)

Hémiplégie droite. Artério-sclérose. Amnésie des substantifs (antonomasie). Paraphémie. Cécité verbale, cécité littérale incomplète. Paragraphie pour l'écriture spontanée et sous dictée. Pas de surdité verbale. A l'autopsie : ramollissement cortical intéressant le pli courbe gauche, destruction des faisceaux blancs sous-jacents (faisceau longitudinal supérieur, faisceau occipital vertical de Wernicke.)

Il existe donc ici une lésion à la fois corticale et sous-corticale ; peut-être est-ce à cette lésion à la fois corticale et sous-corticale qu'il faut rattacher les troubles du langage, ce qui est d'ailleurs conforme à l'hypothèse de Pitres sur l'aphasie amnésique considérée comme aphasie de conductibilité. F. T.

XXXI. — **Déformations séniles du squelette simulant la maladie de Paget** ; par Mocquot et Montier. (*Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, 1905, n° 1.)

Il y a des déformations du squelette dont l'ensemble constitue un syndrome analogue a la maladie de Paget, mais distinct tou-

tefois de celle-ci. L'attitude surtout est très semblable dans les deux cas : debout, les vieillards présentent une voussure marquée du dos ; la tête est portée en avant ; le tronc est tassé ; les genoux sont légèrement fléchis et écartés l'un de l'autre, les bras sont tenus éloignés du tronc. Les déformations, que les auteurs décrivent en de minutieux détails illustrés par la photographie, portent surtout sur le tronc et les membres inférieurs : le thorax tourmenté semble rentrer dans l'abdomen, la poitrine est bombée en haut, le rebord cartilagineux des fausses côtes se déjette en dehors, la saillie de l'angle sternal s'exagère et au-dessous le sternum se creuse en cuvette. On constate une voussure de l'épigastre et de l'hypogastre, des plis transversaux para-ombilicaux et se perdant dans les hypochondres, la diminution, même la disparition, de l'espace iléo-costal. Cyphose dorsale supérieure compensée par l'extension de la cuisse sur le bassin, renversement en arrière du bassin et du sacrum, élargissement des hanches par saillie des trochanters ; fermeture de l'angle du col du fémur, aplatissement antéro-postérieur de la diaphyse fémorale, écartement des condyles fémoraux internes, les talons étant joints. Le crâne présente peu d'altérations, c'est un crâne sénile avec voussure temporale, d'où chez ces vieillards un indice céphalique élevé (hyperbrachycéphalie). Rien de notable aux autres parties du squelette. A la radiographie, diminution très sensible de l'opacité des os. A côté de ce syndrome type, il y a naturellement des formes légères, incomplètes, des exceptions. L'ostéite déformante de Paget se distingue de ce syndrome par quelques caractères bien spéciaux : début plus précoce, vers 50 ans au lieu de 70 à 80 pour le pseudo-Paget ; une assez longue période douloureuse précède les déformations, il y a hyperostose des tibias, déformation des clavicules, altérations des membres supérieurs, augmentation de volume du crâne. Les vrais malades de Paget finissent toujours par se cachectiser, les pseudo-Paget succombent à des affections intercurrentes. Dans le syndrome décrit par les auteurs, on ne trouve pas d'altérations de l'état général ni des lésions viscérales aucune circonstance étiologique constante, les os sont très fragiles et présentent les lésions de l'ostéoporose, de l'atrophie osseuse simple, liée à l'involution sénile régressive. Cette cyphose n'est donc pas une cyphose professionnelle, ni une manifestation rachitique, ni de l'ostéomalacie. F. T.

BIBLIOGRAPHIE

XVI. — *Les anomalies mentales chez les écoliers*, par les Drs J. Philippe et G. Paul-Boncour ; vol. in 16 de 158 p. — Paris, Félix Alcan, 1905.

Les auteurs ne vont s'occuper que des malades, qui n'étant ni idiots, ni imbéciles, constituent, pour ainsi dire, la transition entre ces derniers et les normaux. Reçus et tolérés dans les écoles ordinaires, d'où la dénomination d'écoliers mentalement anormaux, ils forment le degré supérieur de l'imbécillité (arriéré intellectuel de Séguin), le premier degré des anomalies mineures. Ils peuvent redevenir aptes à profiter de l'éducation normale.

Ils forment trois groupes : 1° *les arriérés*, dont les facultés intellectuelles, considérées dans leur ensemble, existent, mais sont notablement retardées ; au plus haut degré se placent les *diminués* de Thulié ; — 2° les *instables*, qui ne peuvent fixer leur attention, et sont atteints de chorée mentale, suivant l'expression de Demoor. Ils se confondent avec les indisciplinés morbides que les auteurs ont tort, à notre avis, de distinguer des indisciplinés par mauvaise volonté, comme si la perversion de la volonté ne constituait pas une tare mentale, nécessitant, comme pour les indisciplinés morbides, l'intervention du traitement médico-pédagogique ; — 3° les *asthéniques* atteints d'inertie mentale et d'atonie organique.

Un chapitre spécial est consacré aux écoliers épileptiques et aux écoliers hystériques. Les premiers, à accès nocturnes et rares, à vertiges imperceptibles, à crises psychiques, présentent une activité intellectuelle intermittente, qui les fait considérer comme des paresseux, des inattentifs et des indisciplinés ; les seconds, impressionnables à l'excès, capricieux, fantasques, volontaires, simulateurs, imaginatifs, excessifs dans leurs sympathies comme dans leurs antipathies, présentent une exagération des réflexes psychiques. Mais pourquoi les auteurs nient-ils la réalité du caractère épileptique ? Nous en avons souvent entendu parler par notre maitre, le Dr Bourneville, et notre expérience personnelle nous a permis de le constater avec une telle persistance que cette négation n'est pas sans nous étonner. L'épileptique surtout au moment où il est sur le point d'avoir une crise convulsive, présente une irritabilité dangereuse une impulsivité quelquefois homicide qui ne peuvent passer inaperçues ; il arrive souvent même que l'accès convulsif ne se produit pas, comme s'il avait avorté dès la manifestation des signes précurseurs, et c'est précisément cette crise psychique précédan

de près ou de loin l'accès convulsif qui trahit le mieux le caractère épileptique. Le névropathe, d'une façon générale, est irritable mais sans violence, et sans persistance, son état morbide ne lui permet pas d'avoir un sentiment à longue portée ; l'épileptique au contraire, est impulsif, tenace dans ses rancunes ; et que de malheureux présentant ces caractères distinctifs ont été déclarés responsables, parce que non soupçonnés d'épilepsie, et ont fini par présenter quelque temps après de véritables crises épileptiques : on avait affaire dans l'espèce à une sorte d'épilepsie latente, d'incubation larvée à éclosion retardée. L'hystérique frappé surtout dans son imagination est dangereux, non pas à cause de ses violences, mais à cause de ses fausses interprétations, de ses mensonges plus ou moins voulus, changeant d'objet avec une rapidité déconcertante.

Les *subnormaux* seraient des diminutifs des types précédents. Ils marchent à la lésion, et deviennent de véritables anormaux, s'ils ne sont soumis à aucun traitement. Ils souffrent plus que les normaux de l'adénoïdisme, de la stercorémie, etc., et ils ont besoin d'un traitement médical pur.

Pour les auteurs, et, nous sommes de leur avis, l'*arriéné pédagogique* n'est pas un anormal ; mais pourquoi ne veulent-ils pas considérer comme mentalement anormaux les enfants qui ne veutent pas ? Peut-être aussi les auteurs vont-ils un peu loin lorsqu'ils attribuent à la seule confusion de la veille avec le rêve la perversion de l'instinct de véracité chez les anormaux.

Nous avons eu l'occasion de publier, en collaboration avec le Dr Bourneville, un cas d'idiotie morale caractérisée par une manie du mensonge et il suffit de s'y reporter pour voir que chez certains malades le mensonge est conscient, et que l'on doit en chercher la cause non pas dans la confusion des souvenirs, mais dans la perversion de la volonté (1). Avec les auteurs, nous reconnaissons une grande importance au mensonge pour permettre de reconnaître le type mental.

A l'école où ils sont tolérés, les écoliers anormaux descendent de l'enseignement classique à l'enseignement moderne, pour finir à l'enseignement primaire, d'où ils sont ensuite renvoyés à l'école de correction. Les succès obtenus avec les idiots et les imbéciles doivent nous pousser à nous occuper d'eux. En les groupant rigoureusement par catégorie, en individualisant l'éducation, en usant d'une méthode spéciale, on arriverait à les rendre normaux. Des écoles seraient à créer pour eux, et dès qu'un anormal serait signalé dans une école ordinaire, on le soumettrait à un examen biologique et mental qui permettrait un diagnostic. On devrait s'occuper surtout des subnormaux qu'une intervention mé-

(1) *Archives de Neurologie*, avril 1902, p. 267

dicale suffit souvent pour amender complètement, et leur permettre de continuer à suivre une école ordinaire.

Nous devons faire remarquer aux auteurs que ces écoliers mentalement anormaux existent en grand nombre à l'asile-école de Bicêtre, où l'on s'occupe d'eux avec d'autant plus de succès qu'ils sont moins atteints que les autres ; qu'entre le normal et l'idiot le plus dégradé, il existe une infinité de degrés et que la curabilité rapide du subnormal ne laisse pas entendre l'incurabilité de l'idiot. Le premier s'améliore de façon plus rapide et plus sensible, parce qu'il est moins atteint que le second, mais non parce qu'il y a entre eux une différence de fond.

Ces critiques ne diminuent en rien la valeur de l'intéressant ouvrage de MM. Philippe et Boncour. C'est un livre qui vient bien à son heure, puisqu'on paraît enfin se décider à faire quelque chose pour les déshérités de l'intelligence.

Et si la lecture de cet ouvrage gagne de nouveaux adhérents à la cause des anormaux, ce dont nous ne doutons pas, ce sera pour les auteurs la meilleure des récompenses. J. BOYER.

XVII. — *Etudes biologiques sur les géants*; par LAUNOIS et P. ROY. (Masson et Cie, 1905).

L'ouvrage considérable que MM. Launois et P. Roy viennent de faire paraître sur les géants constitue une étude anthropologique et tératologique du plus haut intérêt. Comme le dit M. Brissaud, qui a écrit la préface de ce livre : « Voici les géants dépouillés de leur antique et fabuleux prestige. La mythologie cède la place à la pathologie. Ces êtres qui, par leur taille exceptionnelle, dépassaient le niveau des humains ne sont en somme que des malades. Leur supériorité légendaire n'est plus qu'un stigmate de déchéance. Plus ils gagnent en hauteur, plus ils s'écartent des conditions biologiques normales ; et dans la lutte pour la vie leur infériorité fonctionnelle n'a pas de plus exacte mesure que leur énormité. »

Les auteurs ont suivi la bonne voie scientifique, ils ont travaillé sans parti pris, remontant aux sources, compulsant et interprétant soigneusement toutes les observations recueillies sur ce sujet, prenant eux-mêmes les observations complètes des géants qu'ils ont l'occasion d'examiner. Cette œuvre de longue haleine leur a permis de distinguer les uns des autres trois types nettement caractérisés :

Les géants infantiles ; *Les géants acromégaliques* ; *Les géants mixtes (infantiles et acromégaliques)*.

Les rapports existant entre le gigantisme et l'infantilisme sont des plus curieux et reposent sur trois données principales constituant en quelque sorte le trépied anatomo-pathologique du gigantisme infantile : *persistance de l'ossification dans les cartilages*

de conjugaison, mode de croissance gigantesque et atrophie génitale.

Les examens du squelette montrent la persistance anormale des cartilages épiphysaires de certains géants adultes décédés. MM. Launois et P. Roy, en appliquant l'examen radiographique, ont pu faire la même constatation chez les vivants. Du reste la prolongation de l'ossification au-delà de ses limites normales dans les cartilages de conjugaison et le retard de la soudure complète des épiphyses à la diaphyse au niveau des os longs s'observent chez les animaux comme chez l'homme après la castration.

Chez le géant infantile, la croissance ne porte pas également sur les différents segments du squelette ; les membres inférieurs sont proportionnellement plus accrus. Les mensurations exactes mettent ce fait en évidence, comme on le constate également chez les eunuques et les animaux châtrés. Enfin la grande majorité de ces individus sont impuissants et présentent même l'atrophie des testicules.

Une autre variété comprend les géants acromégaliques, chez lesquels *l'altération de l'hypophyse est constante.* Ils offrent, en plus de leur taille élevée, les stigmates classiques de la maladie de Marie à un degré plus ou moins avancé. Le volume considérable et disproportionné des mains et des pieds, l'aspect disgracieux, parfois repoussant, du visage, l'affaissement souvent notable du tronc donnent à ces malades un aspect bien spécial. Le diabète vient quelquefois hâter leur fin.

Mais ces deux types ne sont pas séparés par des limites irréductibles. L'examen des crânes des géants morts âgés montre une déformation plus ou moins nette de la base du crâne. MM. Launois et Roy ont même vu *un de leurs géants infantiles type s'acromégaliser en trois ans*, pendant que l'examen radiographique faisait constater un agrandissement très notable de la selle turcique.

La distinction entre les deux variétés de géants infantiles et de géants acromégaliques, vraie dans l'espace, n'est donc pas irréductible dans le temps, c'est-à-dire que le type infantile, demeuré pur pendant un certain nombre d'années, tend à évoluer vers le type acromégalique pour se confondre plus tard complètement avec lui. Cette fusion des deux types se dessine profondément à mesure que les cartilages épiphysaires s'ossifient ; elle devient complète quand les épyphyses sont complètement soudées à la diaphyse. D'où cette conclusion que le *gigantisme est l'acromégalie des sujets aux cartilages épyphysaires non ossifiés, quel que soit leur âge.* Ces tares physiques s'accompagnent de tares psychiques constantes. Les géants sont de grands enfants, des débiles sans jugement ni volonté, souvent irritables et insociables.

MM. Launoy et Roy ne se sont pas contentés de nous donner

une nosographie complète des géants, ils ont consacré un très intéressant chapitre à la pathogénie de cette monstruosité et mis en lumière les relations existant entre le gigantisme et les glandes à sécrétion interne : glande génitale, thymus, thyroïde, hypophyse.

Le produit d'élaboration de ces glandes, encore inconnu dans sa composition, est comme celui des glandes à sécrétion externe indispensable au juste équilibre organique. Elles ont, entre autres fonctions, celles de diriger par l'intermédiaire du système nerveux la trophicité de certains tissus, plus particulièrement des tissus d'origine mésodermique (tissu conjonctif, tissu cartilagineux, tissu osseux). Les altérations diverses dont elles peuvent être le siège retentissent, en effet, tout particulièrement sur les éléments de soutien et s'accompagnent de modifications caractéristiques atteignant leur apogée dans le myxœdème, le gigantisme et l'acromégalie.

Il nous est difficile, dans deux pages d'analyse, de donner une idée complète de l'œuvre magistrale de MM. Launois et Roy. Soixante-quatre observations scientifiques de géants, dont un grand nombre personnelles ou inédites, 113 curieuses figures (portraits, squelettes, radiographies, coupes histologiques), servent de base à cet important travail qui intéressera non seulement les médecins, mais encore tous ceux à qui l'étude de l'homme ne saurait rester étrangère. R. Leroy.

XVIII. — *Die polyneuritischen Psychosen* ; par A. Knapp. Bergmann, édit., Wiesbaden, 1906.

Dans ce livre, l'auteur ne cherche pas tant à donner une description complète des psychoses polynévritiques, mais s'appuyant sur 8 observations atypiques qu'il donne en détail et sur d'autres classiques qu'il passe sous silence, Knapp essaiera surtout de montrer les formes plus rares se rapprochant des autres états psychopathiques, renvoyant pour tout ce qui regarde, par exemple, l'amnésie, la confabulation etc., aux travaux de Bonhœffer, Rémalh, Pich et Meisser. De même, pour l'anatomie pathologique (lésions périphériques et centrales) et pour la clinique des symptômes polynévritiques des membres.

Cependant, il confirme que la névrite dans ces cas, a une prédilection marquée pour le crural et le sciatique poplité externe ; d'autres fois, la faiblesse musculaire est diffuse et s'accompagne, dans les cas graves, d'une sensation de malaises et de fatigue intense. En général, les réflexes tendineux et le tonus musculaire sont diminués, mais aussi on peut voir l'hypotonie s'associer à une exagération des réflexes. La démarche est, ou simplement vacillante, de même le malade marche les jambes écartées ou comme un ataxique, rarement comme un cérébelleux.

On rencontre des troubles trophiques : tendance aux suffusions

sanguines hypodermiques ou au décubitus, grangrène neuroparalytique, vésicules pemphigoïdes, œdèmes.

Les troubles sphinctériens relèvent, en général, du manque d'initiative du malade, de la cachexie ou encore de l'obscurcissement de la conscience, mais l'on peut rencontrer des rétentions et des incontinences d'origine névritique. La névrite optique est un signe assez fréquent, il s'agit de névrite rétrobulbaire alcoolique, ou de névrite optique vraie; les troubles papillaires, le nystagmus, ne sont également point rares; quant aux paralysies oculaires conjuguées ou associées, elles sont la conséquence de foyers nucléaires ou supra-nucléaires.

Les autres nerfs craniens souffrent également : parésie faciale, grincement des dents, rapidité du pouls par rapport à la température ; troubles de la respiration et de la déglutition. Enfin troubles de la température : fièvre légère et hypothermie notable.

Dans un autre chapitre, l'auteur étudie les symptômes attribuables à des lésions cérébrales en foyers que l'on peut trouver dans la psychose polynévritique et qui sont probablement dus à une exagération (en certain point) du processus pathologique diffus.

Les troubles du langage consistent en accrocs transitoires, en aphasies motrices transcorticales, ou en aphasies sensorielles (surdité verbale, écholalie, aphasie amnésique).

La lecture est souvent troublée d'une façon toute particulière, le malade estropiant le texte, mettant à la place des séries de mots dépourvus de sens et n'ayant aucun rapport avec ce texte.

Du côté de l'écriture et de la copie, on trouve des troubles analogues, mais le plus souvent il s'agit de troubles amnésiques (le malade oubliant des mots ou ne se servant que de débris de mots avec répétitions nombreuses), l'agraphie où la paragraphie sont plus rares.

Les troubles du jugement se manifestent sous forme de cécité d'agueusie, d'anorexie psychique ou sous celle d'asymbolie ou d'agressie. Ces troubles agnostiques débutent souvent par une attaque apoplectique et sont dus à des foyers dans le lobe occipito-temporal. Enfin on peut rencontrer de l'apraxie. Sous le nom d'attaques polynévritiques, l'auteur décrit des accès des mouvements choréiques de la face, les accès épileptiformes (non alcooliques), les attaques apoplectiques et pseudo-apoplectiques que l'on rencontre dans la psychose de Korsakow. Dans un dernier chapitre symptomatologique il expose enfin les manifestations psychiques de la maladie, faisant remarquer d'abord que, comme la polynévrite, le complexus symptomatique de Korsakow : désorientation, diminution de l'attentivité, amnésie rétrograde, confabulation peut n'être pas complet, mais il constitue toujours le caractère pathogénique de l'affection.

Les délirantes, c'est-à-dire débutant par un délire ne se distinguant souvent en rien du délire alcoolique aigu sont les plus fréquentes. D'autrefois, un état de stupeur sert d'introduction à la maladie. La démence vraie n'existe pas, mais, dans les cas à évolution lente, l'abrutissement et le défaut de réaction peuvent aller jusqu'à friser l'état démentiel. L'auteur décrit ensuite des formes hallucinatoires sans systématisation et avec systématisation des formes paranoïdes, les états angoissants relevant le plus souvent de sensations hypocondriaques, d'une forme expansive avec délire des grandeurs, des formes maniaques ou mélancoliques rares, des psychoses motrices akinétiques hyperkinétiques ou parakinétiques, et enfin des anomalies psychiques rares à caractères hébéphéniques, etc.

De cette multiplicité de formes, l'auteur croit pouvoir conclure que les psychoses polynévritiques forment un groupe morbide dont la caractéristique est le complexus symptomatique de Korsakow, groupe que l'on peut mettre à côté de celles des psychoses paralytiques et hébéphréniques.

Le pronostic de l'affection doit toujours être réservé, les malades pouvant mourir de paralysie des nerfs craniens dans les attaques épileptiformes, etc., ou plus tard, de tuberculose pulmonaire et d'affections gastro-intestinales. Quelquefois le stade initial délirant constitue toute la maladie ; le plus souvent elle traîne, passant par des rémissions et des exacerbations ; la guérison absolue est rare. Au point de vue étiologique, l'alcool joue le principal rôle, mais des facteurs génitaux, gastro-intestinaux, infectieux divers, peuvent produire la psychose. Les tumeurs cérébrales, la sénilité peuvent la reproduire.

L'auteur parle, en terminant, du diagnostic de l'affection avec la paralysie générale, montrant que dans le stade initial il n'y a pas de signe permettant d'affirmer le diagnostic. Des signes de névrite seront en faveur du Korsakow, des signes de sclérose combinée en faveur de la P. G. Cependant la marche est plus progressive dans cette dernière et l'euphorisme stupide y diffère de l'abrutissement ou de la tendance à la plaisanterie de Korsakow.

VARIA

Concours public pour la nomination a une place de médecin adjoint (1) du service des aliénés dans les hospices de Bicètre et de la Salpêtrière.

Ce concours sera ouvert le vendredi 1er décembre 1905, à midi, dans la salle des Concours de l'Administration de l'As

(1) L vrai mot devrait être **suppléant**. (B.)

sistance, rue des Saints-Pères, n° 49. — MM. les Docteurs qui voudront concourir seront admis à se faire inscrire au service du personnel de l'Administration, de midi à 3 heures, tous les jours, dimanches et fêtes exceptés, du lundi 23 octobre au samedi 11 novembre exclusivement.

Conditions et programme du concours. — Les candidats qui se présentent aux Concours ouverts pour les places de médecin adjoint des quartiers d'aliénés dans les hospices de Bicêtre et de la Salpêtrière doivent justifier de la qualité de Français et être âgés de 28 ans au moins. Ils doivent justifier en outre de cinq années de doctorat. Pour les candidats ayant été internes en médecine dans les hôpitaux et hospices de Paris ou dans les asiles publics d'aliénés de la Seine, les années d'internat seront comptées comme années de doctorat. Les Candidats doivent se présenter au service du personnel de l'Administration pour obtenir leur inscription, en déposant leurs pièces, et signer au registre ouvert à cet effet. Les Candidats absents de Paris ou empêchés pourront demander leur inscription par lettre chargée.

Toute demande d'inscription faite après l'époque fixée pour la clôture du registre ne peut être accueillie.

Le Jury du Concours est formé dès que la liste des candidats a été close. Si des concurrents ont à proposer des récusations, ils forment immédiatement une demande motivée, par écrit et cachetée, qu'ils remettent au directeur de l'Administration. Si, cinq jours après le tirage au sort du Jury, aucune demande n'a été déposée, le Jury, est définitivement constitué, et il ne peut plus être reçu de réclamations. Tout degré de parenté ou d'alliance entre un concurrent et l'un des membres du Jury, ou entre les membres du Jury, donne lieu à récusation d'office de la part de l'Administration.

Le Jury du concours pour les places de médecin-adjoint du service des aliénés dans les hospices de Bicêtre et de la Salpêtrière se compose de *sept* membres, savoir : Trois membres tirés au sort parmi les médecins aliénistes chefs de service des hôpitaux et hospices, en exercice ou honoraires ; un membre tiré au sort parmi les médecins chefs de service des asiles publics d'aliénés du département de la Seine, en exercice ou honoraires, et le médecin du Bureau d'admission de l'Asile clinique ; et trois membres tirés au sort parmi les médecins chefs de service des hôpitaux, en exercice ou honoraires. Les médecins chef de service des asiles publics d'aliénés de la Seine, en exercice, et le médecin du Bureau d'admission de Saint-Anne ne peuvent être portés sur la liste des membres parmi lesquels doit être tiré le Jury, qu'après cinq années d'exercice. Le tirage au sort a lieu dans les formes usitées pour le concours des hôpitaux, en présence de deux membres du Conseil de surveillance de l'Adminis-

tration de l'Assistance publique et de deux membres de la Commission de surveillance des asiles publics d'aliénés de la Seine.

Les épreuves du Concours pour les places de médecin-adjoint du service des aliénés dans les hospices de Bicêtre et de la Salpêtrière sont réglées de la manière suivante : 1° Une *épreuve écrite* sur l'anatomie et la physiologie du système nerveux, pour laquelle il sera accordé trois heures ; 2° une *épreuve clinique* commune sur un malade. — Il sera accordé au candidat dix minutes pour l'examen du malade et vingt minutes pour développer oralement son opinion devant le Jury, après cinq minutes de réflexion ; 3° une *épreuve clinique* sur les maladies mentales : un seul malade. — Il sera accordé vingt minutes pour l'examen du malade et vingt minutes pour la dissertation, après cinq minutes de réflexion ; 4° une *épreuve écrite* comprenant une consultation après l'examen d'un aliéné, et un rapport sur un cas d'aliénation. Il sera accordé au candidat quinze minutes pour l'examen de chacun des malades, et une heure et demie pour la rédaction du rapport et de la consultation. La lecture de cette consultation et du rapport sera faite au début de la séance suivante ; 5° une *épreuve clinique* sur deux malades d'un service d'aliénés. — Le candidat aura quinze minutes pour l'examen de chacun des deux malades, et trente minutes pour la dissertation orale, après cinq minutes de réflexion. Le maximum des points à attribuer pour chacune de ces épreuves est fixé ainsi qu'il suit : pour la première épreuve écrite : 30 points ; pour l'épreuve clinique commune : 20 points ; pour l'épreuve clinique sur les maladies mentales, à un seul malade : 20 points ; pour la deuxième épreuve écrite : 30 points ; pour l'épreuve clinique sur deux malades : 30 points.

Cette affiche date à peine de quelques semaines. Les concurrents sont prévenus à peine deux mois avant : c'est bien court — Le concours de l'*adjuvat* des asiles d'aliénés de France a été annoncé en juillet (*Arch. de Neur.*) et rappelé en août par M. l'Inspecteur Drouineau, au Congrès des aliénistes de Rennes.

Transferts d'aliénés.

Sous ce titre : *Un drame en express*, le *Matin* du 19 octobre relate le fait suivant :

Chartres, 18 octobre. — Hier soir, deux religieuses, accompagnées d'une jeune fille qu'elles conduisaient à l'asile d'aliénés de Plouvénenter (Finistère), prenaient, à Paris-Montparnasse, l'express 501, Paris-Brest, et montaient dans un wagon-couloir de première classe. Le train avait depuis quelque temps dépassé Chartres, quand la jeune fille, sujette à des troubles cérébraux, alla s'enfermer dans les water-closets, brisa la glace dormante

et se jeta sur la voie. L'express ne s'arrêtant qu'à Bretoncelles (Orne), personne ne s'aperçut de rien, et la victime de ce pénible drame fut retrouvée le lendemain matin seulement sur la voie ; elle vivait encore, mais elle expira peu après son transfert à l'hôpital de La Loupe.

Les deux religieuses avaient continué leur voyage jusqu'à Morlaix, et c'est le directeur de l'asile qui a télégraphié les renseignements d'identité sur la malheureuse jeune fille, qui se nomme Kermoal et est âgée d'environ vingt-cinq ans.

Le défaut de surveillance, ici, est évident. Il est surprenant que les religieuses ne se soient pas préoccupées du séjour *prolongé* de la malade dans les water-closets. Ce fait montre la nécessité absolue de surveiller constamment ce genre de malades, partout, même quand elles vont aux cabinets d'aisances où souvent se produisent des accidents. Une fausse pudeur s'y oppose. A Bicêtre, dans notre service d'enfants, nous avons fait disposer les cabinets de façon à faciliter la surveillance des infirmiers en vue de l'onanisme et du nettoyage. Il nous est arirvé d'en voir qui tournaient le dos à la porte. A notre réprimande, ils répondaient que cela n'était pas convenable de regarder l'enfant.

Les aliénés en liberté.

Drame de la folie. — Une femme nommée Nivet, âgée de vingt-huit ans, demeurant à Trégueux, a, dans un accès de folie, noyé dans un lavoir son enfant, âgé de trois semaines. Elle a essayé ensuite de se noyer elle-même. (*Petite Gironde*, 1er octobre.)

Suicide simultané de deux jumelles.

Un double suicide à Montgaillard (Hautes-Pyrénées). — Samedi matin, le nommé Berdoulet, propriétaire à Montgaillard, se rendait avec ses deux filles, Antoinette et Joséphine, à des travaux des champs. Au passage à niveau, les deux femmes, sœurs jumelles, âgées de trente-six ans, manifestèrent le désir de descendre du véhicule. Sous prétexte de cueillir des champignons, elles s'éloignèrent et s'engagèrent dans les sous-bois en bordure du canal de l'Alaric. Le père Berdoulet continua sa route. Il attendit vainement dans ses champs la venue des deux sœurs, Inquiet, il revint sur ses pas et prévint son fils de la disparition.

En même temps, le bruit se répandait dans la commune de Montgaillard de la découverte, dans le canal de l'Alaric, sur le territoire de Vieille-Adour, du corps absolument nu d'une femme. Pressentant un malheur, le père et le fils Berdoulet se rendirent sur les lieux et reconnurent l'infortunée Antoinette. La brigade de gendarmerie de Bagnères procéda aux investigations nécessaires et découvrit sur la berge du canal, en aval de Montgaillard les vêtements des demoiselles Berdoulet.

Les recherches continuèrent, mais la nuit était venue que e corps de la seconde désespérée n'avait pas encore été retrouvé. Le garde-canal baissa, dimanche matin, les écluses et, grâce à cette mesure, le cadavre de la malheureuse Joséphine put être retiré à vingt mètres de l'endroit ou le premier corps a été vu.

Les deux désespérées avaient déjà *manifesté à plusieurs reprises des idées de suicide*. Taciturnes, mélancoliques, elles causaient très peu avec leurs voisins et même avec leurs parents. Elles avaient cependant déclaré *qu'étant venues au monde en même temps, elles avaient à cœur de mourir ensemble*. (*Petite Gironde*, 27 sept.)

Un épileptique en correctionnelle

« Une jeune ouvrier serrurier de 20 ans, Georges M... était poursuivi hier devant la neuvième chambre pour avoir soustrait deux bicyclettes dans l'arrière-boutique d'un boulanger. Comme le président commençait son interrogatoire, il a été pris soudain d'une effroyable crise d'épilepsie, et deux gardes municipaux ont dû l'emporter. M... est assez fréquemment sujet à des crises de cette nature. Aussi le Dr Roubinovitch, qui l'a examiné, est-il d'avis que sa responsabilité doit être, dans une certaine mesure, atténuée. Le tribunal, cependant, a condamné l'épileptique à deux mois de prison, mais comme M... a déjà fait autant de prison préventive, il va être remis immédiatement en liberté. (*La Lanterne*, 27 septembre.)

Ne connaissant pas les détails de ce cas, nous ne pouvons nous prononcer sérieusement sur les conclusions du rapport du médecin légiste. Toutefois, nous ne pouvons nous empêcher de faire remarquer que dans la majorité des cas, les épileptiques sont *irresponsables*. Nombreux sont les faits que nous pourrions citer à l'appui. Nous nous bornerons au suivant. M. X..., âgé d'une soixantaine d'année est épileptique depuis l'enfance. Après ses accès, pendant une semaine, il est dans un état d'obmibilation tout particulier ; ses facultés sont obscurcies et ce n'est qu'au bout de ce temps que son intelligence « *s'éclaircit* ». Si, dans cette période, il commettait un délit ou un crime, serait-il responsable ? Selon nous, non. (B.)

FAITS DIVERS

Absinthe. — Un nommé Claudel, à Cornimont (Vosges), ayant bu d'un trait un litre d'absinthe, est tombé foudroyé. (*Matin*, 25 sept.)

Traitement médico-pédagogique des idiots. — Nous avons toujours soutenu que l'un des principes qui doit guider les médecins et leurs auxiliaires, les pédagogues et les infirmiers aux infirmières, c'est l'occupation sans arrêt de ces enfants. Le fait suivant le démontre : « Quand il ne travaille pas, il se livre à toutes sortes de bêtises, se roule par terre, se couche sur les tables, exécute des mouvements de rotation de la tête, etc. »

Une capture difficile. — Les agents de l'Asile d'aliénés de Clermont (Oise) ont procédé, jeudi, à la prise, à Friancourt, commune de Hermes, d'un aliéné qui leur a opposé une violente résistance. Arrivés au nombre de deux, le mercredi, ils n'ont pu s'en emparer. Le malade, Octave Descouleurs, âgé de 30 ans, brossier, se trouvait alors ligotté des pieds à la tête à l'aide de draps qui paralysaient tous ses mouvements. Très excité, d'une force herculéenne, Descouleurs ne paraissait pas disposé à se laisser emmener par deux hommes. Il fallut donc télégraphier à l'Asile pour demander du renfort. — D'où la nécessité en pareil cas, d'être en nombre. Relevons le danger que courent les médecins et leurs auxiliaires en présence de semblables malades.

Le départ eut lieu le lendemain jeudi, à 11 heures, par une voiture de l'Asile. Non sans mal, et grâce à l'intelligence et au sang-froid du chef des transferts, M. Dubois et de ses trois gardiens, Descouleurs put être camisolé et hissé en voiture. Tant bien que mal, il arriva ainsi à l'asile. Le malheureux aliéné avait tenté de tuer sa femme. Il avait failli étrangler son médecin et enfin, il avait attenté à ses jours en se jetant dans la rivière « le Thérain ». (Le *Semeur de l'Oise*, 8 octobre 1905.)

Asile départemental de la Haute-Vienne. — Un poste d'élève interne en médecine est actuellement vacant à l'asile d'aliénés de Naugeat. Les demandes de nomination doivent être adressées au médecin directeur de l'asile et appuyées : 1° d'un certificat constatant que les postulants ont au moins dix inscriptions ; 2° d'un certificat de moralité. — Les élèves internes reçoivent, à l'Asile de Naugeat, un traitement annuel de 800 fr. ; les avantages en nature comportent la nourriture, le logement, le chauffage, l'éclairage et le blanchissage.

Asile public d'aliénés de Lesvellec (près Vannes). — Une place d'interne titulaire en médecine est actuellement vacante à l'Asile public d'aliénés de Lesvellec. Les candidats sont invités à produire à l'appui de leur demande : 1° Un extrait de naissance ; 2° un certificat d'inscriptions de doctorat au nombre de 12, au moins ; 3° un certificat des examens subis et s'il y a lieu du stage qu'ils ont pu faire dans un asile. (Cette dernière condi-

tion n'est pas indispensable). Les internes sont nommés par M. le Préfet de Morbihan, sur la présentation du Directeur, pour une durée de trois ans. Ils auront, pendant la durée de leur Internat, toutes facilités pour se présenter aux examens du doctorat auquel ils seront astreints. Les avantages consistent en : nourriture (table de 1re classe du régime des asiles), logement, éclairage, chauffage, blanchissage et une indemnité annuelle de 700 francs. Les docteurs en médecine peuvent poser leur candidature à l'internat. Les internes, devenus docteurs, continuent leurs fonctions s'ils le désirent. Les internes provisoires remplacent, en cas d'absence ou d'empêchement, les titulaires avec tous leurs avantages. Les demandes doivent être adressées à M. le directeur de l'Asile de Lesvellec (Morbihan).

ASILE PUBLIC D'ALIÉNÉS DE BORDEAUX. — *Concours d'Internat.* — Le concours pour deux places d'internes s'ouvrira, le jeudi 23 novembre 1905. Avantages : nourriture, logement, chauffage, éclairage, blanchissage ; indemnité de 800 fr. la 1re année, 900 fr. la 2e et 1000 fr. la 3e pour les internes non docteurs ; 1000 fr. la 1re année, 1100 fr. la 2e et 1200 fr. la 3e pour les internes docteurs. Pour renseignements et inscriptions, s'adresser à la direction.

HOSPICE DE BICÊTRE. — M. BOURNEVILLE. *Visite* du service (gymnastique, danse, fanfare, travail manuel, écoles, musées) et présentation de malades le samedi à 9 h. et demie très précises. *Consultation médico-pédagogique* gratuite pour les enfants, le jeudi à 9 h. 1/2.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'apprendre la mort du Dr MAX SIMON, ancien médecin en chef de l'Asile de Bron, ancien inspecteur des asiles privés du Rhône. Notre confrère, en retraite depuis plusieurs années, était un lettré et un brillant causeur. D'origine normande, il était fils d'un médecin estimé de Rouen, ami du père de Gustave Flaubert, dont il aimait à se rappeler le souvenir. A côté d'ouvrages scientifiques appréciés : l'*Hygiène de l'Esprit*, *Crimes et délits dans la folie*, le *Monde des rêves*, etc., parus pendant sa période d'exercice, il a publié, dans ses loisirs des dernières années, quelques volumes à caractère plus exclusivement littéraire : *Temps passé*, *La Comédie de soi-même*, *Dehors*, auxquels les journaux médicaux ont fait de fréquents emprunts pour leurs articles de variétés. Le Dr Max Simon est mort à l'âge de 68 ans, laissant à ses anciens internes le souvenir d'un chef très bienveillant, et à ses amis, celui d'un homme particulièrement aimable. (*Lyon Médical.*)

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

BOURNEVILLE. — *Les enfants anormaux au point de vue intellectuel et moral.* In-18° de 24 pages. Prix, 30 cent. Bureaux du *Progrès médical.*

CHARON. — Rapport sur un plan d'agrandissement et de transformation de l'asile de Dury. In-8° de 28 pages.

CHOCREAUX (G.). — Rapport médical et administratif pour l'année 1903 de l'asile public d'aliénés de la Charité-sur-Loire. In-8° de 74 pages.

DONATH (J.). — Zur psychopathologie der sexuellen perversionen. In 8° de 10 pages. (*Arch. fur. Psychiatrie.*)

DONATH (J.). — Viederkehr des Kniephänomens bei tabes dorsalis, ohne hinzutreten von hemiplegie. In-8° de 6 pages. *Neurologisches centralb.*

D'ORMÉA (A.). — Trauma al capo e demenza précoce. In-8° de 12 pages. Giorgio à Ferrara.

DUBUISSON. — Rapport sur l'asile public d'aliénés de la Haute-Garonne pour 1904. In-8° de 30 pages.

GALLOPAIN (C.). — Compte moral et administratif pour 1904 de l'asile d'aliénés de Fains. In-8° de 24 pages.

MARIE et VIOLLET. — Spiritisme et folie. In-8° de 20 pages. Extrait du *Journ. de psychologie.*

MARIE (A.). — Névroses et paralysie générale. In-8° de 20 pages. Imp. Severeyns à Bruxelles.

MARIE (A.).— Les habitués des asiles. In-8° de 14 pages. Imp. Garet, à Pau.

MARIE (A.). — Démence de la puberté. In-8° de 4 pages. Imp. Garet, à Pau.

MARIE et VIOLLET. — Sur la démence organique secondaire à quelques délires chroniques hallucinatoires. In-8° de 8 pages. Imp. Garet, à Pau.

MAUPATÉ (L.). — Rapport médical. Compte moral et administratif de l'asile public d'aliénés de la Charité-sur-Loire pour 1904. In-8° de 68 pages.

MEILHON. — Compte-rendu administratif et rapport médical de l'Asile d'aliénés de Quimper pour 1904. In-8° de 62 pages.

PELETIER (Madeleine). — Le sérum marin dans la thérapeutique des aliénés. In-8° de 30 pages.

PETIT. — Rapport médical et compte moral et administratif pour l'année 1904. In-8° de 42 pages.

RICOUX. — Rapport médical de l'Asile de Fains pour l'année 1904. In-8° de 18 pages.

SALMON (A.). — Sull'origine del sonno. In-8° de 62 pages. L. Nicolaï à Firenze.

Le rédacteur-gérant : BOURNEVILLE.

Clermont (Oise). — Imprimerie Daix frères.

Vol XX Décembre 1905 N° 120

ARCHIVES DE NEUROLOGIE

PATHOLOGIE NERVEUSE

Sur la pathogénie des altérations médullaires survenant au cours du mal de Pott ;

PAR LE Dr ITALO ROSSI

(Travail du Laboratoire de la Clinique de M. le Prof. RAYMOND).

Il n'est pas de question qui ait été plus discutée que celle de la pathogénie des accidents médullaires au cours du mal de Pott — Nombreuses ont été les opinions émises par les auteurs sur ce sujet : les unes sont basées sur des constatations anatomo-pathologiques, d'autres résultent de travaux expérimentaux, d'autres encore sont déduites de conceptions purement théoriques. Dans presque toutes ces hypothèses, les auteurs ont cherché à expliquer par un mécanisme univoque les accidents myélopathiques. Aujourd'hui même l'accord n'est pas encore complètement établi sur cette pathogénie ; on s'accorde cependant à admettre que les facteurs pathogéniques, d'importance variable, sont multiples. On peut dire à peu près que chacun de ces divers facteurs répond à une étape de l'histoire pathogénique des troubles médullaires au cours du mal de Pott ; il ne nous semble donc pas inutile — avant d'envisager la question telle qu'elle se présente aujourd'hui, et d'apporter les constatations anatomo-pathologiques faites par nous dans 4 cas — de résumer dans ses grandes lignes les différentes phases par lesquelles est passée la pathogénie des altérations médullaires que nous voulons étudier.

Jusqu'aux travaux de Michaud, en 1871, on recherchait la cause des paraplégies pottiques uniquement dans le rétrécissement du canal vertébral provoqué par la cy-

phose ou par simple dislocation, fracture ou luxation des corps vertébraux. OLLIVIER (1), qui fut, avec LOUIS (2), un des premiers à soutenir cette théorie mécanique osseuse des phénomènes nerveux survenant dans le mal de Pott, insiste sur l'origine osseuse des compressions médullaires, même dans les cas à évolution lente, où la compression se ferait par affaissement du rachis sur lui-même. Ce n'est pas à dire toutefois qu'il n'a pas entrevu le rôle que, dans ces compressions lentes, pouvait jouer la péri-pachyméningite : mais il y attacha une importance très faible ou nulle. Il dit : « si les exemples de compression lente de la moelle épinière causée par l'altération de son enveloppe osseuse sont très nombreux, on en possède très peu où cet effet ait été produit par une maladie des méninges seules ; d'abord, je ne sache pas qu'on les ait trouvées épaissies au point de comprimer la moelle, et rarement elles sont le siège de fongus analogues à ceux de la dure-mère cérébrale. »

A la théorie purement mécanique d'Ollivier et Louis, succédait, en 1871, avec les travaux de Michaud, la théorie inflammatoire. Déjà ECHEVERRIA (3), comme Michaud le fait remarquer, avait nettement indiqué, dans sa thèse, le rôle que pouvait jouer la dure-mère épaissie en comprimant la moelle, dans la production de la paraplégie. MICHAUD (4), CHARCOT (5) sous la direction duquel ses travaux ont été faits, ne nient pas d'une façon absolue la compression osseuse directe de la moelle; ils conviennent que dans quelques cas une arête osseuse, une esquille, un rétrécissement osseux du canal vertébral puissent être la cause de la compression médullaire, surtout lorsqu'elle se produit instantanément.

« Mais lorsque la moelle est comprimée d'une façon

(1) OLLIVIER. — Traité de la moelle épinière et de ses maladies. Paris 1827.

(2) LOUIS. — Mémoire sur l'état de la moelle dans la carie vertébrale. 1826.

(3) ECHEVERRIA. — *Sur la nature des affections dites tuberculeuses des vertèbres, Thèse de Paris* 1860.

(4) MICHAUD. — *Sur la méningite et la myélite dans le mal vertébral. Thèse de Paris* 1871.

(5) CHARCOT. — *Leçons sur les maladies du système nerveux,* 1873, t. II, p. 180, *Gazette des hôpitaux,* 1874-1883.

lente et progressive, comme cela s'observe habituellement dans le mal de Pott, nous affirmons, dit Michaud, que la cause de la paraplégie est la myélite par compression. » Cet auteur, qui fut aussi le premier à faire l'étude histologique de la dure-mère, nous explique la façon dont se forme cette myélite ; les matières caséeuses des vertèbres enflamment la face externe de la dure-mère en engendrant des exudations, des abcès interstitiels et des épaississements ; c'est la pachyméningite. A travers la dure-mère et les gaines des racines nerveuses qui la traversent, l'inflammation se propage aux méninges, y produit une méningite, et, après, par propagation à la moelle, une myélite.

Cette théorie, qui explique d'une part l'existence de paraplégies avec courbure peu prononcée, et même sans courbure, d'autre part le fait qu'il peut exister de fortes incurvations sans phénomènes paralytiques, ou enfin que la paralysie puisse guérir sans aucune modification de la gibbosité, fut alors partagée presque universellement par les auteurs français (Vulpian (1), etc. et, en Allemagne, par plusieurs auteurs, et en particulier Leyden (2). Pour Leyden, non seulement la paralysie par compression au cours du mal de Pott, mais même celle provoquée par des tumeurs ou d'autres causes mécaniques est de nature inflammatoire, car une pression déjà faible, par l'irritation qu'elle produit, est pour lui suffisante à produire l'inflammation et le ramollissement de la moelle épinière à travers les méninges intactes. Frohmann (3) aussi interprète les altérations médullaires rencontrées dans un cas de paraplégie pottique comme une myélite produite par l'irritation inflammatoire exercée directement sur la névroglie et les parois des vaisseaux sans qu'il y ait une propagation par continuité de l'inflammation de la dure-mère à la pie-mère et de la pie-mère à la névroglie par ses prolongements.

Erb (4) émet une théorie mixte, mécanique et inflam-

(1) Vulpian. — *Maladies de la moelle*, 1879.

(2) Leyden. — *Klinik der Rückenmarkskrankheiten.* II Bd. I Abht. S. 149.

(3) Frohmann. — *Virchows Archiv.* Bd 54, 1872.

(4) Erb. — *Ziemssens Handbuch d. spec. Pathologie und Therapie* Bd XI. p. 342, 1876

matoire : lui aussi admet que la compression est rarement osseuse ; le facteur le plus important des paraplégies pottiques est, pour lui aussi, la péri-pachyméningite. Celle-ci peut agir sur la moelle d'une manière variable, soit par la compression directe exercée par les masses fongueuses, soit par là compression directe et la myélite qu'elle produit, soit par la myélite seule. Erb s'explique de la façon suivante : la péri-pachyméningite produit un rétrécissement d'espace dans le canal vertébral et comprime plus ou moins la moelle : pour cette raison déjà peuvent survenir des lésions des éléments nerveux ; cette compression de la moelle, durant un certain temps, se complique dans la majorité des cas très vite d'une myélite. Il est peu vraisemblable que cette myélite soit la conséquence de l'ischémie produite par la compression, c'est-à-dire un ramollissement ischémique ; elle doit être plutôt considérée comme la conséquence directe de l'irritation que la compression exerce sur les éléments du tissu nerveux. Enfin, il paraît aussi indéniable que, dans certains cas, l'irritation des masses tumorales adjacentes aux méninges suffise à produire, même sans compression, la myélite.

La théorie inflammatoire de Michaud devait, en 1882, rencontrer une première contradiction dans les intéressantes expériences de KAHLER (1). Cet auteur chercha, en injectant de la cire dans le canal vertébral d'animaux jeunes, à déterminer si il y avait et quelles étaient les altérations que produit une compression modérée mais durable de la moelle. Il constata, en effet, des altérations diverses selon l'époque à laquelle on sacrifia l'animal de 6 heures à 6 mois). Au début (6 heures-13 heures) ces lésions consistent en gonflement des cylindraxes, dilatation des mailles de la névroglie, état normal ou disparition plus ou moins complète des gaines myéliniques, sans participation du tissu interstitiel au processus, sans altérations des vaisseaux ou hémorragies ; plus tard (2-10 jours), les cylindraxes se détruisent, disparaissent, avec la production de nombreux corps granuleux ; seu-

(1) KAHLER. — Ueber die Veranderungen welche sich im Rückenmarke in Folge einer geringgrasigen Compression Entwickeln. *Zeit. f. Heilkunde.* Bd III, p. 187.

lement après 5 semaines, survient l'épaississement de la névroglie, et (après des mois) la sclérose. L'absence d'infiltrations cellulaires dans le tissu ou autour des vaisseaux, de lésions vasculaires, d hémorragies font écarter, à Kahler, l'hypothèse de la nature inflammatoire du processus. En s'appuyant sur les études de Rumpf concernant l'action de la lymphe sur les fibres nerveuses, Kahler interpréta les lésions par lui rencontrées comme la conséquence d'une stase lymphatique; la compression qui s'exerce sur les méninges gênerait la circulation de retour de la lymphe qui, des espaces lymphatiques adventitiels et des voies lymphatiques propres de la moelle, se déverse dans l'espace sous-arachnoïdien et dans l'espace épispinal; la lymphe qui stagne détruit les fibres nerveuses de la moelle d'autant plus facilement qu'il s'agit de fibres dépourvues de gaîne de Schwann, tandis que les expériences de Rumpf portaient sur les nerfs périphériques possédant cette enveloppe protectrice. Kahler admet toutefois qu'il peut y avoir aussi une lésion mécanique directe des fibres nerveuses par la compression; celles-ci alors offrent une condition encore plus favorable à l'action de la lymphe du fait de l'interruption de l'influence des centres trophiques sur les fibres nerveuses. La similitude des lésions rencontrées par lui dans ses expériences et de celles décrites par les auteurs dans les cas de compression lente produite par des processus pathologiques, lui font croire qu'on peut admettre aussi, pour les cas de la supposée myélite par compression, une même origine des altérations médullaires. De cette façon s'expliquerait, dit-il, la disproportion parfois très forte qui peut exister entre le degré de la compression et celui des accidents médullaires, pour le fait qu'une compression déjà modérée de la périphérie de la moelle peut suffire à empêcher le retour de la lymphe et produire une lésion des éléments nerveux; ainsi s'expliquerait l'augmentation de volume de la moelle observée parfois au lieu de compression; ainsi s'expliquerait encore la rapidité parfois frappante du développement des phénomènes paralytiques, en admettant que dans ces cas la destruction des fibres nerveuses se fait en foyers dans les parties centrales de la substance blanche.

La nouvelle théorie de Kahler, qui, même en admettant la compression comme facteur pathogénique des altérations médullaires, lui fait jouer un rôle essentiellement mécanique, rencontra, sur le terrain expérimental, sa confirmation dans les expériences de Rosenbach et Schtscherback (1).

Ces auteurs, par l'introduction dans le canal vertébral de petits morceaux d'argent, obtinrent des lésions analogues à celles de Kahler pour ce qui concerne la substance blanche ; ils y ajoutent la description de fissures et de petites cavités qu'ils rencontrèrent dans la substance grise et qu'ils interprètent, ainsi que les lésions de la substance blanche, comme la conséquence de l'effusion de la lymphe par stase lymphatique.

Sur le terrain clinique et anatomo pathologique, la théorie inflammatoire de Michaud trouva aussi des adversaires, entre lesquels STRUMPELL (2). « Nous basant sur de nombreuses recherches personnelles, nous estimons, dit-il, en dépit des idées généralement admises jusqu'à présent, qu'on n'a aucun motif pour expliquer par une myélite secondaire la paralysie qui se déclare au cours de la spondylite ; la myélite par compression, c'est-à-dire l'inflammation de la moelle due à la compression comme telle, devrait déjà être répudiée par des raisons tirées de la pathologie générale, si l'examen microscopique ne faisait voir qu'il n'y a rien là qui indique un travail inflammatoire et qui ne puisse être considéré comme une simple conséquence de la compression mécanique. »

ZIEGLER (3) a été le premier à attirer l'attention sur un facteur pathogénique, jusqu'alors peu considéré par les auteurs cités, et qui jouerait, selon lui, un rôle très important dans la production des lésions médullaires : c'est-à-dire l'anémie ; cette anémie peut être causée soit par la compression des artères intercostales dans les trous de conjugaison ou de leurs ramifications, qui traversent la

(1) ROSENBACH U. SCHTSCHERBACK. — *Wirchow's Arch.*, 122, S. 56, 1890.

(2) STRUMPELL. — *Lehrbuch der speziellen Pathol. u. Therapie.* Traduction franc., 1889.

(3) ZIEGLER. — *Lehrbuch der patholog. Anatomie. I.* Theil., p 62, 1885.

dure-mère, soit par la compression des artères méningées, soit par la transmission de la compression directe de la moelle à ses vaisseaux.

Les phénomènes d'œdème de la moelle décrits par Kahler sont trouvés par KUDREWTSKI (1) dans 3 cas de tumeurs de la colonne vertébrale (myélome, myxome, sarcome) et interprétés par l'auteur comme suites de stase lymphatique. Ils sont encore rencontrés par SCHMAUS (2) dans l'étude de 5 cas de pachy-méningite tuberculeuse, et l'auteur n'hésite pas à admettre pour ces cas, avec Kahler, l'hypothèse de stase lymphatique, d'ailleurs justifiée par l'oblitération des voies lymphatiques et veineuses du tissu épidural et de la dure-mère. Il remarque toutefois qu'il existe quelques différences entre les constatations de Kahler et les siennes, par exemple : la réunion sur une même coupe des altérations, qui, dans les expériences de Kahler se succédaient à diverses époques ; la distribution plus régulière, plus diffuse des phénomènes d'œdème, et il se demande si l'inflammation qui se passe dans le voisinage immédiat de la moelle épinière ne joue pas un rôle dans la production de ces altérations. Elles sont bien connues les expériences qu'il fit pour résoudre cette question, soit en infectant la face externe de la dure-mère avec de la matière tuberculeuse, soit en y déposant de la culture stérilisée de staphylocoque ou de l'ammoniaque. Il en conclut que si dans la majorité des cas existent les conditions mécaniques pour la production de la stase lymphatique dans le sens de Kahler, il y a des cas dans lesquels l'hypothèse d'œdème par oblitération des voies sanguines et lymphatiques efférentes n'est pas admissible, car les fongosités épidurales sont si légères qu'elles ne peuvent exercer aucune pression. Pour ces cas, la seule explication possible se réduit au processus inflammatoire produisant un œdème collatéral.

Pour Schmaus, les processus qui déterminent l'altération pathologique de la moelle dans le mal de Pott sont les suivantes : dans des cas rares, la lésion médullaire est

(1) KUDREWETSKI. — *Zeitschrift für Heilkunde.* Bᵉ XIII, p. 300, 1892.

(2) SCHMAUS. — *Die Compressions-myelitis bei Karies der Wirbelsaule.* Wiesbaden. 1890.

produite par une dislocation lente ou subite des vertèbres ou par un abcès qui soulève le périoste, le ligament longitudinal postérieur et la dure-mère : dans la plupart des cas, la tuberculose se propage au tissu épidural, y produit des masses qui peuvent exercer une compression directe sur la moelle : mais, pour lui, l'œdème de la moelle est la conséquence la plus immédiate et la plus importante de la compression. Cet œdème est dans quelques cas un œdème de stase dû à l'oblitération des voies lymphatiques et sanguines efférentes ; dans d'autres il est inflammatoire, collatéral, dû à des toxines : pour la plupart des cas toutefois, il résulte de la combinaison de ces deux causes. Cet œdème est la cause des phénomènes dégénératifs médullaires auxquels suivent, d'une façon chronique, une prolifération de la névroglie et la sclérose ; l'œdème s'il dure longtemps, peut provoquer un ramollissement diffus. Quoique donnant une grande importance à l'œdème, Schmaus ne lui fait pas jouer un rôle exclusif dans la production des lésions de la moelle : dans la compression, d'autres facteurs peuvent avoir une certaine action, toutefois secondaire pour lui : ainsi que la diminution de l'irrigation sanguine par la thrombose et l'oblitération des artères radiculaires provoquée par la pachyméningite tuberculeuse, ou par la compression des artères des méninges et de la moelle même, qui se peut observer dans les cas ou la péri-pachyméningite atteint un haut degré de développement. Toutefois, dit-il, ce dernier cas se présente rarement d'une façon durable, et l'oblitération des artères radiculaires seules ne peut pas apporter une diminution importante de l'irrigation sanguine. Selon Schmaus, fait non observé avant lui, il faut attacher une plus grande importance, dans la genèse des foyers de ramollissement, à l'oblitération de quelques petites artères de la pie-mère ou de la moelle due à la thrombose ou à des masses emboliques provenant d'artères radiculaires thrombosées. Très rarement, on a une vraie myélite par propagation du processus tuberculeux aux méninges et à la moelle ; on doit admettre une myélite, selon Schmaus, seulement dans les cas où il y a une tuberculose de la moelle ; tous les autres processus inflammatoires qu'on peut rencontrer dans la moelle appar-

tiennent à une inflammation réactionnelle secondaire au ramollissement, analogue à celle qu'on a dans la résorption d'infarctus ; en tous cas, la myélite est toujours précédée par l'œdème.

Cette conception de la pathogénie des altérations médullaires dans le mal de Pott a été admise et confirmée dans ses grandes lignes par les auteurs qui depuis lors s'occupèrent de cette question. La théorie inflammatoire de Michaud et Charcot est aujourd'hui presque partout abandonnée et remplacée par celle qui fait jouer aux troubles circulatoires (œdème, anémie, ischémie) dus à des facteurs divers le rôle le plus important, presque exclusif dans la production des lésions médullaires. Le point sur lequel les auteurs divergent, consiste, ainsi que Pick (1) le fait observer, dans le rôle qu'on doit attribuer à chacun de ces facteurs en général admis, et sur la modalité du processus dans la production des phénomènes ; l'accord sur ce point n'est pas encore fait, et peut-être, selon Pick, ne saurait être à l'heure actuelle obtenu, pour la raison qu'il n'est pas encore démontré si des altérations anatomiques identiques peuvent être réellement provoquées par des facteurs étiologiques divers, et si l'avenir ne nous réserve pas la possibilité d'un diagnostic différentiel

Pour ce qui regarde la compression de la moelle d'origine osseuse, tous les auteurs sont d'accord pour en admettre l'existence. Pour Kraske (2) la compression de la moelle par rétrécissement osseux du canal vertébral se retrouverait seulement dans 2 % des cas de paraplégie pottique : toutefois la plupart des auteurs récents, comme Trendelenburg (3), Guibal (4), Tillmanns (5), Stroebe (6), sont portés à la considérer comme plus fréquente. A la vérité, la fréquence relative, dans ces derniers temps,

(1) Pick. — *Handbuch der pathologischen Anatomie des Nervensystems.* XIX. S. 846, Berlin 1904.
(2) Kraske. — *Arch. f. Klin. Chirurgie.* Bd. XLI. S. 38, 1891.
(3) Trendelenburg. — *Centralblatt für Chirurgie.* 1899. N° 27, S. 62.
(4) Guibal. — *Bull. de la Soc. d'Anat. de Paris.* 1899. p. 945.
(5) Tillmanns. — *Archiv. f. Klin. Chirurgie.* Bd. 69. 1903.
(6) Stroebe. — *Handbuch der. Pathol. Anat. des Nervensystems.* XVII. S., 737. 1904.

des cas relevés de compression médullaire par sténose osseuse du canal vertébral, confirme cette manière devoir ; Chipault (1) la rencontre une fois sur 5 cas de paraplégie pottique (section totale de la moelle par arête osseuse) ; Guibal cite deux cas de compression osseuse dans lesquels l'étranglement de la moelle se faisait par des fragments osseux morbides, restes des dernières vertèbres supérieures, repoussées devant lui par le segment inférieur dans le canal vertébral. Guibal pense aussi que le mécanisme de la compression osseuse ne doit pas être rare, puisque ces deux pièces ont été recueillies sur un petit nombre d'autopsies, inférieur à 10, pratiquées sur des pottiques à paraplégie persistante. Deux cas d'effondrement vértébral de la colonne dorsale avec destruction complète de la moelle à ce niveau ont été communiqués par Crocq (2) : Fickler (3) observe dans 2 cas sur 20 la paraplégie due à une compression osseuse. Un cas intéressant de compression par arête osseuse a été publié par Long et Machard (4) : dans ce cas il n'y avait pas de pachyméningite, et bien que l'arête osseuse ait porté sa pression sur un point limité de la moelle, elle a engendré non seulement des lésions locales mais encore des lésions à distance par l'intermédiaire de troubles circulatoires (stase et œdème). Cette manière d'agir de la compression osseuse principalement par des troubles circulatoires est aussi invoquée par Stroebe (*l. c.*) pour les cas, non rares, ou la sténose du canal vertébral produite par la dislocation des corps vertébraux n'est pas assez forte pour comprimer la moelle sur la paroi dorsale du canal, mais où la moelle est incurvée au niveau du sommet de la cyphose, fortement tendue sur les parties postérieures des corps vertébraux disloqués en arrière, ou même sur un seul de ces corps s'avançant dans le canal vertébral. Il est indéniable, selon Stroebe, qu'une telle flexion et une telle tension suffisent pour apporter les troubles de nutri-

(1) Chipault. — Chirurgie médullaire, 1894.

(2) Crocq. — *Journal de Neurologie*. 1901. p. 396.

(3) Fickler. — *Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde*. Bd. 16. S. 1. 1899.

(4) Long et Machard. — *Revue Neurologique*, 1901, n° 7 p. 330.

tion capables de déterminer la dégénération des éléments nerveux, moins peut être par un processus mécanique direct que par compression vasculaire locale avec œdème consécutif. Ce fait provient de ce que la compression s'exerce au début seulement sur la face antérieure de la moelle et peut ainsi permettre une certaine circulation collatérale supplémentaire par les vaisseaux sanguins et lymphatiques latéraux et postérieurs de la moelle, et cela jusqu'au moment où la flexion de la moelle devient si forte que les vaisseaux dorsaux sont eux aussi comprimés par suite de la tension de la partie dorsale de la moelle. TILLMANNS (*l. c.*) a lui aussi eu l'occasion d'observer cette modalité particulière de compression osseuse ou la moelle était tendue plus ou moins comme une corde sur l'arête osseuse sans qu'il y ait un rétrécissement important du canal vertébral. Des cas semblables ont été, après cet auteur, publiés par REDARD et autres. Dans son remarquable travail, Tillmanns attire encore l'attention sur une autre modalité de compression osseuse de la moelle qui se ferait dans certains cas de spondylite tuberculeuse guérie ou presque, par les néoformations osseuses, calciformes qui, provenant en partie du périoste, en partie de la moelle osseuse, fixent la colonne vertébrale à la place du foyer malade, remplaçant la partie osseuse détruite par la tuberculose ; par ces cals exubérants, la lumière du canal vertébral peut être rétrécie et la moelle comprimée.

On voit donc que les auteurs récents inclinent à faire jouer à la compression osseuse un rôle plus important et plus fréquent que celui qu'on lui faisait jouer auparavant par réaction contre la théorie uniciste de Louis et Ollivier. Qu'elle agisse sur la moelle, surtout dans les cas de compression osseuse relativement lente, en partie aussi par l'intermédiaire de troubles circulatoires, est un fait qui tend à être admis ; l'observation de Long et Machard, déjà citée, est une confirmation très évidente de cette manière de voir.

A part les cas, encore assez rares, de compression directe de la moelle par abcès, la majorité des observateurs. sont toutefois d'accord, avec Kahler et Schmaus, pour admettre que le rôle le plus important, le plus fréquent

et le premier en date dans la production des lésions médullaires est joué par la péri-pachyméningite par l'intermédiaire des troubles circulatoires qu'elle produit, que la moelle soit comprimée directement ou bien qu'elle ne le soit qu'indirectement. Il est vrai, en effet, que la moelle peut être fréquemment comprimée directement et déformée par les masses fongueuses épidurales et que la lésion médullaire, en partie au moins, relève, dans ces cas, du facteur mécanique de la compression directe des éléments nerveux. Mais il ne faut pas oublier, ainsi que l'ont fait plusieurs observateurs, qu'avant que la péri-pachyméningite ait atteint une intensité suffisante pour comprimer directement la moelle, elle y a produit des troubles circulatoires. Il est donc évident que, dans les cas dits par compression directe, un facteur important et certainement le premier en date des lésions médullaires consiste dans les troubles circulatoires amenés par la compression.

La compression directe de la moelle, dont l'expression est la déformation, doit être, par les statistiques données et par les observations publiées, très fréquente : Schmaus (*l. c.*) observe la déformation de la moelle dans 32 cas sur 52 ; Kraske (*l. c.*) dans 5 sur 14, Chipault (*l. c.*) dans 2 sur 5, dans le travail de Fickler (*l. c.*) on la trouve mentionnée dans 10 cas sur 20 ; de façon qu'on peut à peu près admettre, avec Kraske, qu'au moins dans la moitié des cas de paralysie pottique, la moelle est directement comprimée. Mais très fréquemment aussi la moelle conserve sa forme et son volume normaux ; même elle a un volume parfois supérieur à la normale ; la péri-pachyméningite alors agirait sur elle, selon la majorité des auteurs, uniquement par les troubles circulatoires qu'elle y amène. Ces troubles circulatoires peuvent être d'ordre divers : stase dans les voies lymphatiques ou veineuses avec œdème consécutif, anémie, ischémie. L'opinion adoptée en général est que, dans la plupart des cas, ces facteurs interviennent conjointement pour amener la dégénération des éléments nerveux, dans des proportions toutefois d'importance variable pour chacun d'eux et pour chaque cas particulier. Envisageons d'abord l'œdème.

Kraske (*l.c.*), Kraus (1), Chipault (*l.c.*), Westphal (2), Fickler (*l.c.*), Long et Machard, et d'autres auteurs ont décrit plusieurs cas où la moelle, parfois augmentée de volume, présentait les caractères histologiques d'œdème des éléments nerveux déjà décrit par Kalher et Schmaus. Pour la plupart de ces auteurs, comme pour Kahler et Schmaus, l'œdème de la moelle est le fait le plus important et le plus immédiat qui amène la compression. Il est ici intéressant de faire remarquer comment la majorité des observateurs considère cet œdème comme étant de cause essentiellement mécanique et dû à la stase lymphatique et veineuse produite par la compression. L'hypothèse de Schmaus que l'élément inflammatoire peut jouer, à lui seul, ou, dans la majorité des cas, avec l'élément mécanique, un rôle dans la production de l'œdème médullaire, ne paraît pas être universellement acceptée ; en effet, certains auteurs, en relatant l'œdème constaté dans leurs cas ne soulèvent pas l'hypothèse d'un œdème inflammatoire collatéral ; d'autres se prononcent catégoriquement contre cette hypothèse. Pour Kraske (*l.c.*) « l'exsudat épidural provoque l'anémie médullaire par la compression directe ou la stase et l'œdème dans la substance médullaire par oblitération des voies sanguines et lymphatiques efférentes ; dans les deux cas, le trouble circulatoire est simplement l'effet mécanique du rétrécissement d'espace ». Pour Chipault (*l.c.*), « l'hypothèse de Schmaus d'un œdème inflammatoire n'est nullement prouvée par les expériences de l'auteur » ; l'œdème paraît plutôt dû, selon lui, à la compression des vaisseaux sanguins et lymphatiques efférents qu'à l'extravasation de produits bacillaires, de ptomaïnes provenant du processus tuberculeux qui évolue dans les vertèbres et dans le tissu épidural. Fickler (*l. c.*) fait observer à ce propos que les vaisseaux des parties affectées par la tuberculose et par lesquels les ptomaïnes devraient arriver à la moelle, contractent des rapports très peu importants avec les vaisseaux médullaires; ils sont, en outre, pour la plupart oblitérés par le processus tuberculeux, de façon

(1) Kraus.— *Deutsche Zeitschrift. f. klin. Med.*, XVIII. 1891.
(2) Westphal. — *Archiv. für Psychiatrie*. 1898.

qu'il ne devrait pas arriver à la moelle plus de ptomaïnes tuberculeuses que dans la tuberculose pulmonaire. Cet auteur n'est pas non plus convaincu de la démonstration que Schmaus a cherché à donner à sa théorie en portant sur la dure-mère d'animaux de la culture stérilisée de staphylocoque ou une solution d'ammoniaque à 25 %, avec lesquelles il aurait obtenu dans la moelle les mêmes phénomènes d'œdème que dans la compression par masses tuberculeuses. Fickler relève que les solutions employées par Schmaus ne sont pas des ptomaïnes tuberculeuses, mais des poisons si forts pour les tissus qu'ils peuvent bien nécroser la dure-mère et agir ainsi directement sur la moelle.

Mais même sur les éléments qui concourent à produire l'œdème de stase, l'œdème mécanique, il n'y a pas entre les observateurs un accord complet.

Schmaus (1), dans son traité d'Anatomie pathologique publié en 1901, traite à fond cette question : l'œdème mécanique serait produit en partie par la compression et l'oblitération des vaisseaux lymphatiques et sanguins du tissu épidural et de la dure-mère, mais en plus grande partie par le fait que les granulations épidurales compriment la dure-mère contre l'arachnoïde et la pie-mère et celle-ci contre la moelle. On aurait, de cette dernière façon, une stase dans les espaces lymphatiques sous-arachnoïdien et épispinal ; comme ces espaces recueillent la lymphe qui vient des voies lymphatiques péri-vasculaires, péri-ganglionnaires et adventitiels, la compression des espaces lymphatiques péri-médullaires doit amener en conséquence une stase dans les espaces lymphatiques adventitiels et péri-vasculaires, d'où une stase dans les ramifications plus fines du système lymphatique médullaire, c'est-à-dire dans les plus petits espaces lymphatiques siégeant dans le parenchyme nerveux proprement dit. Or Fickler (*l.c.*) ne croit pas qu'on puisse avoir stase et œdème médullaire par l'oblitération des vaisseaux sanguins et lymphatiques du tissu épidural et de la dure-mère ; en effet, les vaisseaux lymphatiques de la dure-mère et du tissu épidural sont, il est vrai, en relation en-

(1) Schmaus. — *Vorlesungen über die Patholog. Anat. des Rückenmarks.* Wiesbaden, 1901.

tre eux et avec l'espace subdural, mais non avec les espaces lymphatiques de la pie-mère et de la moelle, l'espace sous-arachnoïdien étant complètement isolé de l'espace subdural; on pourrait de cette façon avoir au maximum une stase dans l'espace subdural. Schmaus, au contraire, croit que cette stase lymphatique dans l'espace subdural est capable d'élever encore plus l'augmentation de pression qui peut déjà exister dans l'espace sous-arachnoïdien et dans l'intérieur de la moelle, par la compression èxercée par le tissu épidural Pour ce qui regarde la stase d'origine veineuse, Fickler fait observer que les plexus veineux et les veines de la dure-mère sont, il est vrai, en relation avec la moelle par le moyen de petites ramifications veineuses qui sortent de la moelle et de la pie avec les racines nerveuses, mais soit à cause de la petitesse de ces ramifications, soit parce que le sang peut toujours trouver une porte ouverte dans les veines de la pie-mère, riches en anastomoses, Fickler ne croit pas que l'oblitération même de nombreux petits vaisseaux veineux en relation avec le système veineux spinal par la voie des racines puisse produire une stase dans la moelle. Pour Schmaus, cette oblitération aurait, au contraire, une certaine importance, car elle pourrait augmenter l'action de la compression déjà existante des veines de la pie; cette compression possible des veines de la pie-mère est un autre facteur de stase et d'œdème médullaire sur lequel Schmaus et Fickler ont attiré l'attention. Il paraît, en effet, ne pas s'agir ici d'une conception purement théorique, car les chirurgiens ont pu constater plusieurs fois, dans l'opération de tumeurs médullaires, que la coloration livide, cyanotique de la moelle disparaissait souvent après l'extraction des tumeurs.

Fickler ne croit pas non plus qu'on puisse avoir une stase par compression dans le système lymphatique spinal, formé de l'espace épispinal, des espaces périvasculaires et périganglionnaires, ou, au moins pour ce qui est des grandes modifications de ce système. Le fait que, dans l'organisme en général — grâce aux innombrables communications des vaisseaux lymphatiques entre eux — on a stase seulement si le canal thoracique est oblitéré, suffit à rendre invraisemblable cette hypothèse.

Dans l'étude de ses 20 cas, il a trouvé seulement dans les cas de forte perte en substance nerveuse une dilatation dans le domaine du système lymphatique spinal, au moins pour ce qui regarde ses grandes ramifications ; cette dilatation ne représente, selon Fickler, rien d'autre qu'un œdème *ex vacuo* et n'est pas provoquée par une véritable stase. Où on peut avoir de la stase dans ce système, c'est seulement dans ses plus fines ramifications terminales en communication avec la névroglie : cette stase est due au ralentissement du courant lymphatique que la compression sur la dure-mère amène dans les grandes ramifications du système lymphatique spinal, et c'est par elle que les fibres nerveuses, les cellules et la névroglie subissent la dégénération œdémateuse.

La dilatation passagère qui peut exister dans les voies lymphatiques du système pio-spinal (espaces lymphatiques adventitiels) n'exerce pas, selon Fickler, une action délétère sur la substance nerveuse; cette dilatation et cette stase initiales s'expliquent par ce fait que la compression provoque une altération des rapports de pression de la moelle, d'où dilatation passagère des voies lymphatiques du système pio-spinal, auxquelles on attribue la régulation des rapports de pression.

La théorie, émise par Enderden (1) selon laquelle la cause fondamentale de l'œdème serait à rechercher dans la paralysie des vaso-moteurs due à des processus de destruction de la masse tumorale ou de la substance nerveuse même n'a pas été accueillie avec faveur.

Mais la péri-pachyméningite n'agit pas seulement par la production d'une stase médullaire lymphatique ou veineuse, elle peut agir encore en suscitant des phénomènes anémiques ou ischémiques dans la moelle. Ce fait sur lequel Ziegler, le premier, attira l'attention et auquel il attacha une grande importance, accepté dans la suite, tout en diminuant sa valeur, par Schmaus, paraît, selon les auteurs récents jouer un rôle assez important et assez fréquent dans la dégénération des éléments nerveux ;

(1) Enderden. — *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, 49, S. 201., 1895.

telle est l'opinion de HOCHE (1), CASSIRER (2), FICKLER, PICK (*l. c*). Nous avons vu que cette ischémie de la moelle peut être provoquée soit par la compression et l'oblitération des vaisseaux radiculaires, soit, dans les cas où la compression médullaire est très intense, par la compression des vaisseaux de la pie-mère ou de la moelle elle-même. HOCHE (*l. c.*) insiste à ce sujet sur le fait qu'on retrouve fréquemment dans la moelle des foyers de dégénération cunéiformes, à base périphérique, dont la disposition analogue à celle qu'on a dans le ramollissement pur plaide en faveur de leur origine par l'oblitération de vaisseaux pénétrant de la périphérie produite par le processus de compression. Fickler a retrouvé cette dégénération cunéiforme dans deux cas ; dans les deux cas il s'agissait de compression de la moelle dorsale moyenne comme dans les cas de Schmaus et Scarpatetti qu'il cite. Le fait que la substance grise dans la dégénération ischémique est mieux conservée que la blanche s'explique, selon Fickler, parce que la substance grise a un réticule capillaire beaucoup plus riche que la blanche et parce que les artères spinales antérieures ne dépendent pas, pour leur irrigation sanguine, des artères intervertébrales comme les artères spinales postérieures qui, elles principalement, irriguent la substance blanche.

Une autre cause d'ischémie médullaire, cette fois locale, paraît devoir être recherchée, selon BURR (3), Jickler, Pick, dans les altérations des vaisseaux spinaux mêmes. Burr, en effet, attache une certaine importance à la diminution de l'irrigation sanguine résultant de l'épaississement des parois des vaisseaux spinaux. Si la dégénération hyaline et l'épaississement des vaisseaux se retrouvent assez souvent dans les moelles pottiques, elles n'atteignent, selon Jickler, que dans la minorité des cas un degré suffisant pour déterminer l'ischémie ; toutefois il a pu vérifier des foyers de dégénération ischémique dépendant de ces altérations vasculaires dans environ un quart de ses cas.

(1) HOCHE. — *Archiv. für Psychiatrie*, XXVIII, p. 510, 1895.
(2) CASSIRER. — *Uber Kompressionsmyelitis. Centralblatt. f. Allg, Patnol. u. Pathol. Anat.*, p. 933. 1898.
(3) BURR. — *Medical News*, 1893, II, pag. 539

Contrairement à l'opinion de Schmaus, une cause plus rare, selon Pick et Fickler, de ramollissement consisterait dans l'oblitération des vaisseaux artériels de la pie-mère ou de la moelle par thrombose ou masses emboliques provenant d'artères radiculaires thrombosées par le processus d'artérite spécifique qui évolue dans la dure-mère. Fickler dans un seul cas sur 20 a pu constater ce fait; il s'agissait ici d'un foyer de ramollissement typique dans les cordons et cornes postérieures secondaires à l'embolie d'une artère spinale postérieure.

Quant à la myélite, la plupart des auteurs sont d'avis qu'on doit admettre, avec Schmaus, qu'il existe une vraie myélite seulement dans les cas dans lesquels cette lésion a les caractères spécifiques tuberculeux ; cette myélite tuberculeuse serait toujours associée, ainsi que Chipault avec Schmaus l'affirment, à des lésions arachnoïdiennes et pie-mériennes de même nature ; elle ne serait que le résultat de la propagation directe du processus tuberculeux de la dure-mère à la moelle. Que cette myélite nettement tuberculeuse propagée au cours du mal de Pott soit extrêmement rare, le fait est prouvé ; depuis les travaux de Schmaus, j'ai pu en relever seulement deux cas, un de CHIPAULT (*l. c.*), l'autre de PHILIPPE et CESTAN (1). La possibilité de cette propagation a été prouvée aussi par les expériences de SICARD et CESTAN (2) qui, par l'inoculation dans l'espace épidural de cultures très virulentes de bacille de Koch, ont pu, dans deux cas sur deux, reproduire la propagation de la tuberculose de la dure-mère aux méninges molles et à la moelle. SICARD et CESTAN (*l. c*) ont prouvé encore que la lésion tuberculeuse, primitivement épidurale, peut se propager à la moelle par l'intermédiaire de la séreuse arachnoïdienne non seulement directement, à travers la dure-mère, mais encore indirectement, par le cul-de-sac du nerf de conjugaison, une fois que la tuberculose s'est propagée au périnèvre.

Il paraît toutefois qu'on peut faire quelques réserves

(1) PHILIPPE et CESTAN. — *Principales formes histologiques et histogenèse de la myélite tuberculeuse. Société de Neurologie de Paris*, 7 décembre 1899.

(2) SICARD et CESTAN. — *Société médicale des hôpitaux*, séance du 24 juin 1904.

sur la spécificité anatomique comme condition *sine qua non* de l'admissibilité d'une vraie myélite au cours du mal de Pott. Il est évident que la question de la spécificité anatomique de la myélite tuberculeuse au cours du mal de Pott ne peut pas être détachée de celle de la myélite tuberculeuse en général. Or les études de Raymond, Philippe et Cestan, Oddo et Olmer et d'autres auteurs sur les méningomyélites tuberculeuses tendent à démontrer que cette spécificité anatomique peut être très réduite ou nulle, sans que la myélite cesse pour cela d'être tuberculeuse. Ainsi dans la forme de méningomyélite diffuse infiltrée de RAYMOND (1), les tumeurs miliaires sont moins nombreuses que dans la forme diffuse nodulaire; au contraire, la myélite est presque exclusivement caractérisée par l'infiltration du tissu nerveux par des traînées d'éléments inflammatoires propagés suivant les vaisseaux. Dans la forme décrite par Philippe et Cestan (*l.c*) le seul caractère anatomique spécifique est donné par la tendance à la caséification que par places subit l'infiltration intense pie-mérienne ; l'infiltration entoure les vaisseaux artères et veines indifféremment, créant ainsi des périvascularites avec très légère endo-artérite et endo-phlébite, mais sans thrombose; la moelle est envahie par l'infiltration suivant les espaces péri-vasculaires, sans qu'on puisse constater dans la moelle même ni masses caséeuses ni bacilles. Dans la forme décrite par ODDO (2) et OLMER, l'absence de toute spécificité anatomique est complète ; pas de granulations miliaires, pas de cellules géantes, pas de caséification. Dans la première, infiltration cellulaire pure, et dans la moelle, simple pénétration de l'infiltration par les tractus vasculaires ; toutefois, dans le cas d'Oddo et Olmer, la spécificité bacillaire de la myélite a été démontrée par les résultats positifs de l'inoculation.

La possibilité dans le mal de Pott d'une vraie myélite primaire, indépendante de toute lésion méningée, est prouvée par le cas publié par Philippe et Cestan (*l. c.*) :

(1) RAYMOND. — *Des différentes formes des lepto-myélites tuberculeuses. Revue de médecine.* 1886.
(2) ODDO et OLMER. — *Note histologique sur les myélites tuberculeuses. Société de Neurologie,* séance du 18 avril 1901.

il s'agissait dans ce cas de mal de Pott dorsal. En l'absence de toute pachyméningite ou de méningite, Philippe a pu constater l'existence d'une myélite très particulière, constituée par des petits foyers multiples, disséminés sans ordre, mais avec prédominance dans les cordons postérieurs et localisés dans la partie dorso-lombaire de la moelle ; dans ces foyers on retrouve une hypertrophie colossale des cylindraxes, qui ont un contour ovale et l'aspect opaque ; les gaines sont altérées, élargies, ne constituant qu'une mince collerette ; les foyers ne sont pas en relation avec une distribution vasculaire, les vaisseaux étant sains ou peu altérés, le tissu interstitiel n'a pas réagi, il n'y a ni infiltration nodulaire, ni cellules géantes, ni bacilles de Koch ; au contraire, des lésions intenses des cellules motrices dorso-lombaires. Philippe interprète le cas comme une myélite disséminée parenchymateuse due très vraisemblablement à l'action de la tuberculine circulant dans la moelle.

Voici donc une nouvelle forme de myélite qui vient augmenter le polyphormisme de la myélite tuberculeuse : c'est une forme essentiellement parenchymateuse, dépourvue de tout caractère spécifique anatomique, de cause toxique, qui pourrait être invoquée aussi bien seule que conjointement à des troubles circulatoires d'ordre mécanique pour expliquer des lésions médullaires analogues survenant dans les cas de mal de Pott où il y a une pachyméningite. Cette action des toxines tuberculeuses a été invoquée, en effet, par Dupré et Delamare (1) pour expliquer les lésions médullaires que ces auteurs ont rencontrées dans un cas où il n'y avait pas, à vrai dire, un mal de Pott, mais la constatation très intéressante d'une pachyméningite tuberculeuse hémorrhagique associée à des foyers nécrotiques et hémorrhagiques de la moelle. Du fait que ces foyers étaient sans relation directe avec un processus anatomique saisissable (formations nodulaires, amas bacillaires, lésions vasculaires), les auteurs les interprètent comme résultant de l'action de toxines nécrosantes et vaso-dilatatrices tuberculeuses.

(1) Dupré et Delamare. — *Société de Neurologie de Paris.* Séance du 4 juillet 1901.

Il faut toutefois convenir que ce
dans le mal de Pott, pour la produ
ratifs de la substance nerveuse n
hypothétique et loin d'être démo
les intéressantes expériences fai
LILLE (1) sur les chiens avec des
nous démontreraient que si les poi
cille tuberculeux peuvent produire
toxication de l'élément nerveux,
d'altérations de l'élément nerveux
techniques histologiques que no
ment.

On doit toutefois convenir aussi
exposons plus loin en sont une con
terrain de l'anatomie pathologiqu
des cas de mal de Pott dans lesqu
quer les lésions qu'on rencontre
admettre, avec d'autres facteurs p
de l'élément toxique. Ce sont les c
lésions nettes d'œdème médullair
méningite est faible, trop faible, t
tie de la périphérie médullaire pou
stase dans le système lymphatique
pression des voies lymphatiques e
Ce sont les cas où on rencontre de
de la moelle, sans déformation
pachyméningite très faible, lésion
sité de la pachyméningite ne donn
quer comme conséquence d'un œ
existant, lésions que l'absence de
laires, ainsi que les bonnes conditio
guine, ne donnent pas le droit d'in
séquence de troubles ischémiques.
bles circulatoires d'ordres divers qu
rité des cas, suffisent à expliquer le
ne peuvent pas être invoqués ou
pas l'être comme facteur pathogéni
reste alors qu'à invoquer, soit isolém

(1) ARMAND DELILLE. — *Rôle des poison*
la méningite tuberculeuse et dans la tuberc
1903.

bles circulatoires d'ordre mécanique, l'action des toxines tuberculeuses, facteur hypothétique, si on veut, mais le seul que l'on puisse invoquer, à l'heure actuelle tout au moins, pour expliquer les altérations médullaires. L'action de ces toxines s'exercerait, soit indirectement par l'intermédiaire de l'œdème collatéral inflammatoire, soit directement sur l'élément nerveux même. Si on admet cette hypothèse pour ces cas, on peut se demander si l'élément toxique ne joue pas également un certain rôle dans la grande majorité des cas de mal de Pott où les troubles circulatoires mécaniques semblent suffire à expliquer les lésions médullaires. Ce serait ainsi l'atteinte à la théorie mécanique, aujourd'hui prépondérante, des phénomènes médullaires survenant au cours de la spondylite tuberculeuse, et l'admission que le processus inflammatoire qui évolue en dehors de la moelle, sans produire une vraie myélite dans le vieux sens du mot, a cependant, lui aussi, une action plus ou moins importante sur la moelle. L'incertitude dans laquelle nous nous trouvons encore aujourd'hui et le grand nombre d'opinions diverses émises par des auteurs de valeur sur la signification à donner au mot de myélite, la difficulté de décider si une lésion nerveuse, comme le ramollissement, est produite par des troubles circulatoires mécaniques ou par un processus inflammatoire, rendent encore plus complexe la question de la pathogénèse des altérations médullaires au cours du mal de Pott. Ceci d'autant plus que, dans la plupart des cas, les phénomènes mécaniques et les processus inflammatoires ou toxiques sont réunis. Si la question de la participation de l'élément toxique est encore incomplètement résolue, celle des facteurs pathogéniques d'ordre mécanique est beaucoup mieux éclaircie. Les études expérimentales, les constatations anatomo-pathologiques de ces dernières années nous permettent d'admettre que ces mouvements mécaniques peuvent être d'ordres divers : la compression médullaire directe, l'oblitération des voies lymphatiques et veineuses efférentes avec stase et œdème consécutifs, l'oblitération des vaisseaux radiculaires, de la pie-mère ou de la moelle avec anémie ou ischémie consécutives ; que ces facteurs ont, dans la plupart des cas, une grande impor-

tance dans la genèse des altérations médullaires, et qu'enfin, dans beaucoup de cas, celles-ci relèvent des actions réunies de ces différents facteurs. Pour ce qui est de leur prépondérance respective on peut admettre que, dans chaque cas particulier, elle est susceptible d'être variable, si bien qu'il semble que généralement le rôle plus important est joué par la stase lymphatique et veineuse avec œdème consécutif.

. . . .

Je rapporte ici l'étude anatomo-pathologique de la moelle dans 4 cas de mal de Pott, chez des malades ayant présenté des troubles médullaires. Ces cas ont été recueillis dans la clinique de M. le prof. Raymond auquel nous sommes heureux de rendre hommage pour la bienveillance qu'il n'a cessé de nous témoigner. La moelle, dans chaque cas, a été étudiée au niveau de presque chaque segment, par les méthodes suivantes : Pal, Gieson, Marchi, hématéine-éosine, Nissl. Notre travail se limitant à l'étude anatomo-pathologique de la moelle, nous n'avons donné avant l'exposé de chaque cas qu'un résumé succinct de son observation clinique, d'après les notes prises dans le service. Nous donnons ici, pour ce qui regarde la colonne vertébrale et la moelle, ce qui résulte du protocole d'autopsie.

Premier cas. — M. B..., 25 ans. Début de la maladie en janvier 1903, par des douleurs vertébrales avec sensation de forte courbature, irradiant en ceinture vers la partie gauche du dos et vers l'épaule gauche, survenant surtout la nuit et persistant jusqu'au matin.

En mars 1903, fourmillements dans la jambe et la cuisse droites qui s'accompagnent, dans les jours suivants, de faiblesse progressive, de raideur et de douleurs avec sensation de brûlure.

Fin avril. Les mêmes phénomènes apparaissent à la jambe gauche. La malade ne peut plus marcher seule : la faiblesse et la raideur dans les membres inférieurs augmentent progressivement, ainsi que la faiblesse générale.

Juillet. Impossibilité absolue de marcher : les jambes sont extrêmement contracturées, la sensibilité dans les jambes est disparue presque complètement : difficulté à uriner, la malade est obligée d'attendre longtemps et de faire effort ; apparition d'une eschare fessière.

Septembre. La rétention disparaît et fait place à l'incontinence. Egalement, troubles du côté du rectum : il y a de l'incontinence des matières, quoique le besoin en soit nettement perçu.

Novembre 1903. La malade entre à la Salpêtrière, service de M. le Prof. Raymond. On constate alors : paraplégie spastique complète (réflexes patellaires exagérés, trépidation épileptoïde bilatérale intense, phénomène de l'orteil en flexion à gauche, en extension à droite) ; troubles sphinctériens (incontinence anale et vésicale) ; sensibilité diminuée sur toute l'étendue des membres inférieurs pour toutes les sensations ; pas de gibbosité. Mort le 27 mai 1904.

Autopsie. — Pas de déformation vertébrale ; carie vertébrale caséeuse des plus évidentes au niveau de la 2e, 3e, 4e vertèbre dorsale, les lames vertébrales sont intactes, les corps vertébraux sont creusés d'anfractuosités remplies de matière caséeuse, mais sans abcès ossifluent. Grosse péri-pachyméningite à ce niveau même, entourant la moitié gauche de la moelle ; la masse constituant le tissu épidural est un tissu lardacé, et forme comme un demi-manchon qui va en s'effilant à ses deux extrémités supérieure et inférieure et qui s'étend en hauteur à peu près du 4e au 5e segment dorsal. Au niveau le plus épais il mesure 1 cm. 1/2 en largeur : la moitié gauche de la moelle a subi dans son segment antérieur une compression par un bourgeon correspondant du tissu épidural qui fait que la convexité normale de la moelle est remplacée par une dépression. Aucune adhérence entre la dure-mère et la moelle. Face interne de la dure, cavité arachnoïdienne, pie-mère, partout d'aspect normal. Dans les segments médullaires au-dessus et au-dessous de la péri-pachyméningite, rien de visible que les dégénérescences secondaires.

Rien d'anormal au cerveau. Tuberculose pulmonaire.

Examen histologique. Le *tissu épidural* est un tissu de granulation, dans lequel il y a quelques points de caséification un peu avancée et qui contient de nombreux tubercules typiques. Les vaisseaux, assez nombreux, sont congestionnés : leur paroi est parfois légèrement épaissie, mais n'est pas infiltrée ; seulement quelques vaisseaux présentent une très légère infiltration périvasculaire.

La *dure-mère* est légèrement épaissie dans sa moitié gauche correspondant au tissu épidural tuberculeux ; quelques lames plus externes ont été envahies par le tissu de granulation, mais c'est une infiltration qui ne s'étend pas loin ; la dure-mère lui a bien résisté, elle conserve la structure fibrillaire et est bien distincte, en général, du tissu épidural. On retrouve quelques cellules embryonnaires, peu nombreuses dans les espaces lymphatiques de la dure-mère ; nulle part on ne retrouve des cellules

géantes. Vaisseaux très légèrement épaissis, plutôt congestionnés, sans infiltration ni dans les parois ni en dehors.

Méninges. — Il n'y a pas de symphyse entre la dure, les méninges molles et la moelle. L'arachnoïde est légèrement épaissie, surtout dans sa partie antérieure, mais ne présente ni prolifération de l'endothélium, ni infiltration cellulaire.

La pie-mère, très légèrement épaissie, a ses veines fortement remplies de sang, à parois légèrement épaissies, mais, comme les artères, sans infiltration embryonnaire. Les artères de la pie-mère sont pour la plupart vides, à parois un peu épaissies, exclusivement aux dépens de la tunique externe et moyenne ; leur lumière est plutôt dilatée que rétrécie.

Dans les *racines* les vaisseaux, surtout les veines, sont congestionnées ; leurs parois sont sclérosées plus que dans les autres endroits, mais largement perméables. Aucun signe d'inflammation dans les vaisseaux radiculaires ni dans les racines mêmes : bien conservées à droite, à gauche elles présentent des lésions d'intensité variable consistant dans la disparition de fibres nerveuses et la prolifération correspondante du tissu interstitiel.

La *moelle* au point maximum de la compression, où la péri-pachyméningite est le plus fortement développée, est réduite d'un tiers de son volume : elle présente dans sa moitié antérieure gauche une concavité assez forte due à la compression par un bourgeon du tissu de granulation épidural ; les autres parties de la périphérie de la moelle sont convexes, pas déformées. Même un fort grossissement ne permet pas de reconnaître une différenciation de la substance grise d'avec la blanche, car de la partie centrale de la moelle il ne reste plus qu'un tissu vaguement aréolaire, à mailles très larges, dans lequel on distingue difficilement quelques rares fibres isolées : il y a des points où la raréfaction des fibres et de la névroglie est si forte qu'à un faible grossissement on a l'impression d'espaces vides. La substance blanche est encore discrètement conservée à la périphérie, surtout à la périphérie antérieure ; dans cette zone périphérique qui frappe déjà macroscopiquement par sa pâleur (au Pal), beaucoup de fibres ont disparu, en laissant les mailles de la névroglie, pour la plupart dilatées, vides ; il y a en outre une abondance de gaines myéliniques gonflées, se colorant mal au Pal, parfois en voie d'évidente fragmentation ; souvent on rencontre des cylindraxes hypertrophiés occupant à eux seuls des mailles dilatées de la névroglie, ou entourées par une gaine myélinique gonflée aussi, très pâle, parfois à peine perceptible. Dans cette zone périphérique on rencontre encore, au Marchi, des granulations noirâtres plus ou moins grandes, et, entre elles, des corps granuleux nombreux.

Là où la dégénération des fibres n'est pas complète, c'est-à-

dire à la périphérie de la moelle, il existe un léger degré de prolifération névroglique qui laisse toutefois, entre ses mailles, de nombreux vides correspondant à des fibres nerveuses détruites — Les vaisseaux, autant dans le sillon antérieur que dans la moelle, même dans la zone centrale, sont légèrement épaissis dans leurs deux tuniques externes, mais largement perméables, à calibre plutôt dilaté que rétréci remplis de sang, surtout les veines : aucun ne paraît thrombosé, aucun ne présente d'infiltration embryonnaire ni autour des parois ni dans les parois mêmes : dans certains vaisseaux il existe une légère dilatation des espaces périvasculaires et adventitiels.

Dans une coupe au-dessous du lieu de compression maximale et où la pachyméningite atteint encore presque 1 cm. en largeur, la moelle a son volume normal : elle est toutefois aplatie et concave, comme la coupe précédente, dans le segment gauche antérieur de sa circonférence par une protrusion du tissu épidural. La substance grise se détache assez bien de la blanche ; celle-ci présente des lésions destructives diffuses accentuées, moins fortes toutefois que celles rencontrées dans la coupe précédente : la plus grande perte en fibres nerveuses se trouve ici dans les cordons antéro-latéraux sur toute l'étendue desquels la moelle présente comme un aspect criblé, perforé, qui, à fort grossissement, apparaît dû à des mailles de la névroglie, pour la plupart très fortement dilatées, vides de leur contenu ; disséminées parmi ces vides, on observe un nombre encore abondant de fibres nerveuses normales, bien conservées, et des nombreuses mailles de la névroglie moins fortement dilatées que les précédentes, contenant un cylindraxe généralement hypertrophié, parfois très hypertrophié, seul ou entouré d'une gaine myélinique également gonflée, se colorant très mal au Pal : certaines de ces mailles sont remplies presque complètement par le cylindraxe hypertrophié, entouré d'une mince collerette formée par la gaine myélinique. Beaucoup de fibres apparemment saines ont une gaine myélinique pâle.

Dans les cordons postérieurs, la perte en fibres nerveuses est moins forte, les mailles vides de la névroglie moins abondantes, les fibres saines, normales, plus nombreuses : on constate toutefois à peu près le même état de dilatation et renflement des mailles de la névroglie et des fibres nerveuses décrit dans les cordons antéro-latéraux. Des coupes au Marchi montrent la présence de très nombreux corps granuleux, surtout abondants dans le cordon antéro-latéral, et de nombreuses fibres nerveuses tuméfiées en pleine dégénération, disséminées sur toute la coupe. La névroglie est discrètement proliférée et les septa épaissis dans les points où la perte en fibres nerveuses est très intense ; dans d'autres points où celle-ci est faible, il semble aussi que les tra

vées de la névroglie soient épaissies, dilatées, sans qu'il y ait une vraie prolifération interstitielle. Des nombreux corps amyloïdes sont présents et disséminés dans toute la substance blanche. Les vaisseaux se comportent comme dans la coupe supérieure.

Les cellules radiculaires, étudiées au Nissl, montrent presque toutes une forte chromatolyse, avec prolongements disparus ou peu nets : dans beaucoup de cellules le noyau a disparu, et la cellule a alors un aspect homogène ; dans d'autres, il est peu distinct, à limites peu nettes, avec nucléole peu visible. Les cellules qui présentent de l'atrophie proprement dite sont assez rares.

Dégénérescences secondaires : Dans une coupe immédiatement *au-dessous* de la pachyméningite, au niveau du segment D5, on retrouve, nettement et fortement dégénérés, le faisceau pyramidal croisé, qui est séparé de la périphérie par une mince bande de fibres conservées ; le faisceau de Turk, sous forme d'une bande située le long du sillon antérieur, dont elle est séparée par une étroite bande saine. En arrière, cette bande dégénérée n'atteint pas la commissure antérieure, mais elle en reste séparée par peu de fibres saines : il est difficile de la limiter antérieurement, car on trouve, en plus, dans le cordon antéro-latéral, une dégénération diffuse, moins forte que dans le faisceau pyramidal croisé et le faisceau de Turk.

Dans les cordons postérieurs on retrouve de chaque côté une mince bande de faible dégénération qui court parallèlement à la corne postérieure, plus proche de celle-ci que du septum : en avant, elle rejoint à peine la commissure postérieure; en arrière elle s'élargit touchant presque la périphérie. Cette zone, dans les segments sous-jacents, devient toujours plus indistincte si bien que, au niveau du segment D 10, elle n'est plus visible.

La dégénération dans le faisceau pyramidal croisé, qui en descendant s'approche toujours plus de la périphérie de la moelle, se laisse suivre très nettement jusqu'au segment S 2, où la dégénération prend la forme d'un triangle avec base périphérique : au niveau du segment S 4, il existe encore un éclaircissement dans la moitié postérieure du cordon latéral.

La dégénération dans le faisceau de Turk est toujours de moins en moins évidente et forte, dans les segments successifs ; au niveau du D 12, elle est à peine perceptible ; au niveau des segments L 2, L 3. elle disparaît complètement. Quant à la partie dégénérée diffuse du cordon antéro-latéral, elle diminue, elle aussi, d'intensité dans les étages inférieurs de la moelle : au niveau des segments D 10, D 12, elle n'existe presque plus : on en retrouve les traces dans une légère dégénérescence périphérique sous-méningée qui part du sillon antérieur et va rejoindre la zone fortement dégénérée du F Py C ; cette légère sclérose sous-méningée diminue toujours de plus en plus dans les segments

lombaires supérieurs et disparaît dans les inférieurs où tout le cordon antéro-latéral ne nous montre d'autres zones dégénérées que celle du F Py C.

Immédiatement *au-dessus* de la pachyméningite, au niveau du segment D 2, il existe une dégénérescence nette dans le faisceau de Goll, dans le f. cérébelleux direct et dans le f. de Gowers. La dégénérescence dans le faisceau de Goll s'étend de la périphérie à la commissure postérieure ; il existe toutefois dans le faisceau de Goll une légère bande adjacente au tiers postérieur du septum; plus large vers la périphérie, qui contient de nombreuses fibres conservées. Faiblement dégénérée aussi, apparait la moitié interne du faisceau de Burdach adjacente au septum paramédian. Il existe, en outre, une légère dégénérescence diffuse dans le cordon antérolatéral qui, dans les segments supérieurs, diminue progressivement de façon qu'au niveau des segments C 7, C 6, il n'en existe plus trace. La dégénérescence dans les cordons postérieurs tend aussi à se réduire de plus en plus ; au niveau du segment C 8, elle est circonscripte précisément au faisceau de Goll qu'elle occupe entièrement de la périphérie à la commissure postérieure : dans les segments C 5, C 4, elle est réduite aux deux tiers postérieurs du faisceau de Goll, qui est envahi en dedans du septum paramédian par une mince bande foncée : cette bande, au niveau des segments C 3, C 2, devient plus accusée, tandis que la zone dégénérée occupe dans le sens antéro-postérieure presque seulement la moitié postérieure du faisceau de Goll, sous la forme d'un triangle à cheval sur le septum postérieur, la dégénérescence dans les faisceaux cérébelleux directe et de Gowers se continue à ce niveau.

L'examen histologique des zones dégénérées dans les segments au-dessus et au-dessous de la pachyméningite ne laisse remarquer que les caractères banals de la dégénérescense secondaire : il faut toutefois noter que dans les segments situés immédiatement au-dessus et au-dessous de la pachyméningite, on rencontre outre la disparition des fibres, l'abondance de fibres grêles et une discrète prolifération névroglique dans les zones dégénérées, puis disséminées partout, des fibres assez nombreuses à gaines et cylindraxes tuméfiés comme dans les coupes au niveau de la pachyméningite. Les cellules, à part quelques rares, où il existe une légère chromatolyse, sont intactes.

Remarques. Les lésions rencontrées dans la moelle au niveau de la compression maxima (ramollissement central : à la périphérie destruction moins forte de la substance blanche avec phénomènes de tuméfaction des éléments nerveux) peuvent relever de plusieurs causes.

L'absence complète de tout élément inflammatoire dans les méninges molles et dans la moelle même nous font écarter tout de suite l'hypothèse que la lésion médullaire puisse être la conséquence d'un processus inflammatoire ayant évolué dans la moelle.

Nous ne pouvons pas non plus interpréter cette forme de myélomalacie comme un ramollissement d'origine anémique : les vaisseaux sanguins des racines, de la pie-mère, de la moelle même, outre qu'ils ne présentent aucune lésion appréciable en dehors d'un léger épaississement, sont bien perméables, gorgés de sang ; dans aucun d'eux il n'existe trace de thrombose ou d'oblitération, de façon que nous n'avons pas d'éléments pour admettre que l'irrigation sanguine de la moelle ait souffert d'une façon assez intense pour amener les fortes lésions destructives constatées par nous. L'action mécanique de la compression directe de la moelle par la pachyméningite ne peut pas, au contraire, être niée ; dans son quart antérieur gauche la moelle présente, en effet, une concavité correspondant à un bourgeon du tissu épidural ; la moelle est aussi diminuée d'un tiers de son volume. Cette diminution de volume très probablement relève plus de la perte centrale complète en tissu nerveux que de l'action directe de la compression ; en effet, non seulement la moelle, au lieu où la pachy-méningite est plus fortement développée, ne présente d'autre déformation de sa périphérie que celle décrite dans son quart antérieur gauche, mais encore, plus en bas, où la pachyméningite atteint un degré encore très considérable et où la perte en fibres nerveuses est moins forte, la moelle, bien que présentant la même déformation, la même concavité dans son quart antérieur gauche, a son volume normal et presque supérieur. On ne peut donc invoquer, croyons-nous, cette compression mécanique directe qui s'exerce sur un point limité de la moelle et y produit une déformation, tout à fait localisée au lieu de compression. comme la cause unique où prépondérante des fortes lésions destructives qui sont, non localisées au lieu de compression, mais diffuses à toute la moelle. Il faut donc invoquer un autre facteur étiologique. L'étude histologique de la coupe située au-dessous du point où la lésion est au maximum,

montre que, à côté d'une perte diffuse en fibres nerveuses, il existe de nombreuses mailles de la névroglie dilatées, de nombreuses fibres à gaine pâle, dilatée, à cylindraxe très tuméfié, faits qu'on retrouve aussi dans la coupe supérieure, à la périphérie de laquelle il existe encore des fibres nerveuses en abondance, et dans les segments immédiatement au-dessus et au-dessous de la pachy-méningite. Ce sont des lésions qu'on peut interpréter comme causées par l'œdème de la moelle dû vraisemblablement à une stase lymphatique et veineuse ; stase produite par la compression qu'exerce la pachyméningite sur les voies lymphatiques et veineuses efférentes. La congestion veineuse intense de la moelle plaide aussi en faveur de cette hypothèse. Les conditions favorables à cette stase semblent ici bien exister dans le développement très fort de la péri-pachyméningite en hauteur et en largeur embrassant plus de la moitié de la circonférence de la moelle.

Dans notre cas, en résumé, la péri-pachyméningite nous paraît avoir agi de deux manières : d'une part en comprimant directement la moelle, et d'autre part et surtout, en provoquant par la stase lymphatique et veineuse l'œdème de la moelle, à la grande intensité duquel paraît dû le ramollissement central qui existe là où cette péri-pachyméningite est la plus forte.

Au point de vue des dégénérescences secondaires, le cas offre quelque intérêt aussi par la dégénérescence de la virgule de Schultze qu'on a pu suivre presque jusqu'au 10e segment dorsal, la dégénérescence du F Py C, qu'on suit jusqu'à la région sacrée inférieure, et celle du faisceau de Turk qui descend jusqu'au niveau du 1er segment lombaire. Au-dessus, les dégénérescences typiques ascendantes dans le faisceau de Goll, dans le faisceau cérébelleux direct et dans le faisceau de Gowers.

La dégénération diffuse des cordons antéro-latéraux, soit au-dessous ou au-dessus de la lésion, et qui disparaît complètement quelque segment après l'interruption médullaire, est évidemment l'expression d'une dégénérescence secondaire touchant les fibres moyennes et courtes.

Deuxième cas. — Thérèse B..., 50 ans, rien à noter dans ses antécédents héréditaires et personnels jusqu'à l'âge de 30 ans, moment où survinrent des douleurs dans le dos et où elle s'aperçut d'une déformation de la colonne vertébrale pour laquelle elle porta un corset orthopédique. Son mari serait mort tuberculeux ; jamais d'enfants ni de fausses couches : syphilis niée. La maladie actuelle aurait commencé en décembre 1904 par des douleurs dans les deux bras, mais surtout dans le bras droit ressemblant à des rhumatismes, continues, mais avec exacerbations paroxystiques, et par un affaiblissement progressif des membres inférieurs, sans accompagnement de douleurs.

Le 6 janvier, rétention d'urine et constipation opiniâtre qui cessent quelques jours après. L'affaiblissement des membres inférieurs progressant, la malade s'alite et entre plus tard à la Salpètrière, service de M. le Prof. Raymond, le 10 février 1905. On constate alors une cyphose non douloureuse à la pression à la région dorsale, avec maximum au niveau de la 4e vertèbre dorsale : paraplégie flasque des membres inférieurs : pas de douleurs dans les jambes : la jambe droite est absolument inerte et ne peut exécuter aucun mouvement ; du côté gauche, sont encore très faiblement possible l'extension et la flexion du pied. Réflexe rotulien et achilléen aboli des deux côtés : phénomène des orteils en extension nette des deux côtés. Pas d'atrophie musculaire.

Signe d'Argill Robertson à la pupille gauche ; la droite agit encore faiblement à la lumière, promptement à l'accommodation.

Dans les derniers 20 jours la malade présente des oscillations très fortes de température : persiste l'abolition des réflexes ; les troubles sphinctériens (rétention alternant avec l'incontinence) apparaissent de nouveau : développement en même temps d'une eschare fessière. La malade meurt le 13 mars 1905.

Autopsie : Mal de Pott ancien au niveau de la 4e vertèbre dorsale, qui est effondrée : les deux voisines sont prises, leurs corps vertébraux sont presque détruits : la cyphose correspondante et à angle très largement ouvert. Le reste de la colonne vertébrale semble sain. Au niveau de la 7e, Ce racine cervicale, la face antérieure de la dure-mère est épaissie et contient à son milieu un gros tubercule caséiforme, du volume d'un gros pois : de chaque côté la dure-mère, dont l'épaississement est un peu inférieur à 1/2 cm., est très adhérente aux racines. Le gros tubercule comprime la moelle, qui présente une concavité dans sa face antérieure qui lui correspond. Pas de symphyse entre la dure, les méninges molles et la moelle. La dure-mère et la moelle dans tout le reste de la hauteur ainsi que les méninges molles dans toute la hauteur de la moelle, sont d'aspect normal. Tuberculose pulmonaire.

Examen histologique : Le gros noyau central qui se trouve dans la *dure-mère* est un gros tubercule caséiforme présentant des masses qui se colorent mal, des points nettement caséifiés et quelques cellules géantes : il est entouré d'une zone d'inflammation intense. La dure-mère est dans toute sa face antérieure nettement tuberculeuse : ses lamelles sont séparées par des traînées inflammatoires : elle présente par places de l'infiltration en foyer et des tubercules typiques,abondants surtout dans le voisinage du gros tubercule central. Les vaisseaux dure-mériens sont très sclérosés, à parois infiltrées, avec infiltration périvasculaire discrète : la sclérose vasculaire est accentuée surtout autour du gros tubercule ou quelques vaisseaux sont presque complètement oblitérés : la plupart toutefois des vaisseaux sont perméables. La dure-mère, latéralement, au niveau des points où les racines la traversent présente quelques points d'inflammations avec quelques petits tubercules typiques: la propagation directe de la tuberculose aux racines mêmes n'est pas constatable.

Méninges molles : L'arachnoïde est épaissie, sclérosée : autour des racines, au niveau du cul-de-sac des nerfs de conjugaison,la sclérose est encore plus forte : il y a ici de l'infiltration embryonnaire assez abondante qui reste localisée et ne se propage pas en dedans. Dans aucun point il n'y a de symphyse entre la dure-mère, l'arachnoïde et la pie-mère : celle-ci est épaissie, sans présenter aucune trace d'infiltration, sans tubercules : ses vaisseaux sont discrètement sclérosés, mais toutefois largement perméables, sans infiltration ni dans les parois ni en dehors. Les gros troncs veineux de la pie-mère, au niveau du sillon antérieur, sont aplatis, vides.

Les *racines* ont des vaisseaux légèrement sclérosés, mais bien perméables, sans phénomènes d'inflammation. La dégénération des racines entourées par la pachyméningite n'est pas très forte : on retrouve toutefois beaucoup de fibres moniliformes, quelques fibres sont évidemment fragmentées en boules, quelques gaines de Schwann sont vides, affaissés ou contiennent seulement le cylindraxe, la myéline ayant disparu : le tissu interstitiel est légèrement proliféré sans excessive multiplication nucléaire.

Moelle : Au niveau de la pachyméningite la moelle est aplatie à la face antérieure et présente une concavité correspondant au gros tubercule de la dure, de façon que la moelle est un peu diminuée dans son diamètre antéro-postérieur et augmentée dans le transversal. On distingue encore, bien que moins nettement que normalement, la substance grise de la blanche. Au Pal il apparaît déjà à l'œil nu que la substance blanche à souffert ; on la voit, en effet, décolorée sur toute la section, mais avec prédominance dans la moitié antérieure des cordons postérieurs et

dans les cordons latéraux. A un fort grossissement,ce qui frappe surtout c'est une dilatation très forte des mailles de la névroglie. Cette dilatation des mailles est d'intensité variable et sur un même point on en constate les différents degrés ; entre les mailles dilatées on retrouve des mailles normales contenant des fibres normales. Les mailles plus fortement dilatées sont pour la plupart vides, ou contiennent des corps granuleux ; certaines toutefois renferment un cylindraxe un peu tuméfié, isolé, ou entouré d'une gaine myélinique fortement dilatée, irrégulière, se colorant très mal au Pal. Dans les mailles névrogliques moins fortement dilatées on voit une gaine myélinique tuméfiée, pâle, et un cylindraxe très hypertrophié, rond ou irrégulier,occupant parfois la maille presque complètement de manière que de la gaine myélinique reste seulement comme trace un mince bord noirâtre à la périphérie : dans quelques mailles, il n'existe plus aucun vestige de la gaine myélinique et le cylindraxe tuméfié persiste seul dans la maille névroglique.

Ces phénomènes de tuméfaction disséminés dans toute la moelle sont cependant plus abondants à la partie externe du cordon latéral,dans la moitié postérieure des cordons postérieurs et dans le cordon antérieur ; dans ces régions, la névroglie ne parait pas proliférée : dans la partie antérieure des cordons postérieurs et dans la partie interne des cordons latéraux où la perte en fibres nerveuses est au maximum, il existe une légère prolifération de la névroglie qui toutefois ne remplit qu'incomplètement les vides laissés par des fibres disparues. Des préparations au Marchi montrent la présence de corps granuleux, assez abondants,et de nombreuses boules noirâtres de grosseurs diverses, en partie libres, la plupart toutefois remplissant des fibres tuméfiées en voie de dégénération.

La substance grise semble être raréfiée : on y rencontre aussi quelques fibres épaisses, irrégulières : en général, elle ne montre pas d'altérations remarquables de sa structure.

Les cellules radiculaires ne semblent pas être diminuées de nombre ; beaucoup d'entre elles ont une forme globuleuse, sans prolongements ou avec des prolongements peu nets, avec chromatolyse presque complète ; le noyau est cependant conservé et central ; dans des rares cellules il est invisible.

Les vaisseaux, très légèrement sclérosés,sont, surtout les veines, même les plus petites, très congestionnés ; on ne relève aucun signe d'infiltration ; les espaces périvasculaires, ainsi que les péricellulaires, ne semblent pas dilatés.

Une coupe faite au niveau de la partie inférieure du cône médullaire et comprenant toutes les racines de la queue de cheval montre que celles-ci sont toutes absolument intactes.

Dans la moelle sacrée et lombaire, il existe, dans les cordons

postérieurs, des dégénérations qui, sans être fortes, sont toutefois évidentes. Dans la moelle sacrée supérieure, il existe une décoloration diffuse dans les cordons postérieurs, qui toutefois épargne le triangle de Gombault et Phillippe, la zone cornu-commissurale et la zone cornu-radiculaire. Les champs postéro-externes sont moins décolorés que le reste de la zone dégénérée : cette zone prend à peu près la forme d'un quadrilatère occupant la partie médiane de chaque cordon, à sommet arrondi, qui s'avance dans la zone cornu-commissurale ; en arrière, cette zone s'écarte de chaque côté du septum pour y comprendre la zone des fibres noires du triangle de Gombault et Philippe. Au niveau des segments L5-L4, la dégénérescence des cordons postérieurs, tout en respectant la zone d'entrée des racines, est plus diffuse : les champs postéro-externes et les zones cornu commissurales sont plus pâles que dans les coupes précédentes : complètement respecté est toutefois un faisceau de forme ovale, situé au milieu du septum et qui de la peripheririe de la moelle s'étend jusqu'à l'union des deux tiers postérieurs avec le tiers antérieur du septum. Au niveau des segments L2-L1, le faisceau central conservé reprend une forme à peu près triangulaire, à cheval sur le septum ; comme dans tous les segments étudiés, la zone cornu-radiculaire est intacte ; les champs postéro-externes deviennent à ce niveau plus foncés, ainsi que la zone cornu-commissurale qui, surtout dans le segment L1, s'enrichit de fibres saines ; la zone dégénérée occupe de préférence, dans cette région, la zone radiculaire moyenne. Dans la moelle dorsale, la dégénérescence se laisse suivre très difficilement : il existe une très légère décoloration diffuse, qui dans la région dorsale supérieure semble se limiter au faisceau de Goll. Mais le Marchi ayant été négatif, les renseignements fournis par le Pal ne suffisent pas pour se prononcer sur l'intensité et la délimitation de cette dégénérescence.

Dans toute la moelle dorsale, ainsi que dans la sacrée et la lombaire, les racines postérieures, soit dans leur trajet sous-arachnoïdien, soit au niveau de la zone d'entrée, sont intactes ; les collatérales réflexes sont très abondantes, la zone de Lissauer ne parait pas raréfiée, non plus que le réseau myélinique de la colonne de Clarke. A fort grossissement, les zones dégénérées de la moelle lombo-sacrée montrent une diminution en fibres nerveuses, beaucoup de fibres grêles ; au Gieson une légère prolifération névroglique paraît évidente.

Dans les cordons antéro-latéraux, au-dessous de la pachyméningite, on ne remarque rien d'anormal au Pal Gieson ; au Marchi seulement, on observe des grains noirs peu nombreux existant seulement dans le cordon latéral et, dans celui-ci, seulement dans le champ du F. Py C. Toute de suite au-dessus de la lésion, dans le segment C 5, il existe une décoloration discrète, diffuse des cor-

dons postérieurs qui a son maximum dans leur moitié antérieure ; au niveau du 3e segment cervical, légère décoloration presque limitée au faisceau du Goll.

Les cellules radiculaires au-dessous et au-dessus de la lésion ne présentent pas des lésions dignes d'être notées : quelques cellules en chromatolyse légère ; cellules de la colonne de Clarke intactes.

La pie-mère est légèrement épaissie sur toute la hauteur de la moelle.

Les vaisseaux n'offrent, dans la moelle lombo-sacrée et dorsale, aucune particularité.

Remarques. Ce cas offre plusieurs points intéressants à considérer. C'est d'abord l'existence d'une pachyméningite tuberculeuse sans tuberculose osseuse correspondante. Les cas de ce genre sont fort rares : SCHLESINGER (1) en cite quelques rares exemples ; outre ces cas, le cas déjà cité de Dupré et Delamare et un cas publié par HENNEBERG (2), je ne sache pas qu'il en existe d'autres dans la littérature. Dans notre cas, toutefois, il faut faire des réserves : en premier lieu, parce qu'on n'a pas scié les vertèbres cervicales inférieures qui semblaient macroscopiquement intactes, ni fait l'examen histologique du périoste correspondant : en deuxième lieu parce qu'il existait une carie au niveau de la 3-4-5e vertèbre dorsale, d'où l'infection a vraisemblablement atteint la dure-mère cervicale inférieure par les voies lymphatiques épidurales. On doit cependant remarquer à ce propos qu'il n'existait pas d'épiduralite mais une pachyméningite simple.

Au niveau de celle-ci, nous avons constaté l'absence de tout signe d'inflammation, tant des méninges que de la moelle : nous avons, il est vrai, constaté au niveau des racines une infiltration embryonnaire de l'arachnoïde, mais cette infiltration reste localisée strictement au cul-de-sac arachnoïdien ; en dehors de ce point les méninges ne présentent aucun phénomène inflammatoire. Dans la moelle, à côté d'une raréfaction des fibres nerveuses, il existe très nettement, encore plus accentués que dans le

(1) SCHLESINGER.— Beitrage zur Klinik der Rueckenmarks und Wirbeltumoren. Iéna 1898.

(2) HENNEBERG.— Ueber Compressions myelitis u. centrale Nékrose des Ruckenmarks *Neurol. Centrablatt*, 1903, S. 331.

cas précédent, des phénomènes d'œdème des éléments nerveux (dilatation diffuse des mailles névrogliques, renflement des gaines, hypertrophie cylindraxile parfois colossale, etc.)

La compression qui s'exerce sur la partie médiane de a périphérie antérieure de la moelle paraît, ici, avoir plutôt agi en provoquant un œdème de stase qu'en lésant mécaniquement la moelle.

Pour ce cas aussi, il est vraisemblable qu'on peut écarter les phénomènes d'ischemie comme cause des lésions médullaire s, soit parce que celles-ci ne correspondent pas à une distribution vasculaire quelconque, ne se présentent pas sous la forme de ramollissement, mais sous la forme d'une perte discrète diffuse en fibres nerveuses, soit parce que les artères méningées, radiculaires et médullaires, se sont montrées partout largement perméables et remplies d'hématies normales.

La constatation anatomique la plus saillante n'est pas ici représentée par la diminution en fibres nerveuses, mais par les phénomènes d'œdème de la moelle. Si l'on peut admettre que la compression qui s'exerce précisément au niveau du septum antérieur où se trouvent les gros vaisseaux veineux de la pie-mère aplatis et vides, concourt à la production de la stase lymphatique (la forte congestion veineuse constatée dans la moelle en serait un argument favorable), on ne peut pas admettre que cette compression veineuse partielle suffise, à elle seule, à expliquer l'œdème.

Il faut rechercher un autre facteur étiologique ; il est très peu probable que ce soit la stase dans le système lymphatique spinal produite par la compression, ou même un ralentissement de courant dans les plus grandes voies de ce système. La compression, en effet, peu forte et limitée à la partie médiane de la face antérieure de la moelle, ne saurait produire une telle stase, un tel ralentissement du courant lymphatique : faut-il donc admettre que dans ce cas l'œdème n'est pas seulement d'origine mécanique (compression des troncs veineux antérieurs de la pie-mère) mais aussi collatéral, inflammatoire, d'origine toxique, dans le sens de Schmaus.

Notre cas est intéressant parce que, avec une lésion

transverse de la moelle évidemment incomplète, on avait l'abolition des réflexes tendineux ; des cas semblables ont été publiés par plusieurs auteurs, et différemment interprétés. Le manque de renseignements sur l'état anatomique des nerfs périphériques ne nous permet pas d'exclure que peut-être l'abolition des réflexes est due à une névrite par laquelle on a pu déjà expliquer des cas analogues, surtout au cours du mal de Pott : très probablement, elle n'existait pas, étant donné l'absence de tout phénomène subjectif ou objectif de névrite dans les membres inférieurs. Dans d'autres cas, on a interprété l'abolition des réflexes comme l'expression d'une lésion des racines postérieures par des troubles circulatoires (stase) au niveau de la moelle lombaire. BARTELS (1), dans un cas de mal de Pott dorsal avec pachyméningite et lésion transverse incomplète de la moelle, explique l'abolition des réflexes patellaires observée par l'effet mécanique de la stase dans la partie de la moelle sous-jacente à la lésion, stase qui aurait produit, d'après l'auteur, la dégénération par lui constatée, des racines postérieures lombaires, surtout dans leur trajet intramédullaire. Dans notre cas, non seulement une coupe comprenant toutes les racines de la queue de cheval a montré leur absolue intégrité, mais les racines postérieures mêmes étaient saines, aussi bien dans leur trajet sous-arachnoïdien qu'au niveau de leur pénétration dans la moelle ; en outre, la circulation de la moelle lombaire ne nous a pas paru offrir d'altérations appréciables.

La conservation des racines postérieures ne nous permet pas non plus d'expliquer l'abolition des réflexes par l'augmentation de la pression du liquide céphalo-rachidien : le signe de Westphal ne peut pas non plus être expliqué par la lésion de la partie cellulaire de l'arc réflexe, les cellules lombaires s'étant montrées intactes, à moins qu'on veuille admettre l'opinion par trop hypothétique de JENDRASSIK suivant laquelle l'abolition des réflexes tiendrait à une lésion de la moelle lombaire non décelable par nos moyens d'investigation. Cette lésion serait produite, selon lui, par des troubles circulatoires dus à la compression des artères spinales antérieures et posté-

(1) BARTELS. — *Neurologisches Centrablatt*, 1902, n° 10, p. 438.

rieures amenant l'ischémie et la diminution temporaire ou permanente de l'irritabilité des cellules : sans vouloir discuter cette opinion, nous nous bornons, pour notre cas, à dire que nous n'avons pas constaté ces troubles circulatoires dans la moelle inférieure.

L'hypothèse la plus vraisemblable est que l'abolition des réflexes patellaires et achilléens peut être bien expliquée, dans notre cas particulier, par les lésoins tabétiformes que nous rencontrâmes dans les cordons postérieurs, dans la moelle lombo-sacrée : leur médiocre intensité, la conservation des racines postérieures, des collatérales réflexes, du réseau myélinique de la colonne de Clarke, le fait que dans la moelle cervicale et dorsale les lésions du même ordre n'existent pas, ne nous permettent pas d'affirmer sûrement, par l'anatomie pathologique, l'existence d'un vrai tabes, bien que la présence du signe d'Argill-Roberston plaide en faveur d'un tabes lombo-sacré incipiens. Cependant ces lésions des cordons postérieures, qu'on les interprète comme vraiment tabétiques ou comme dues aux toxines tuberculeuses ou à la cachexie, suffisent, nous croyons, à expliquer l'absence des réflexes rotuliens dans notre cas, où la lésion cervicale est bien loin d'être complète.

Troisième cas.— M. L., 77 ans. Début de la maladie, paraît-il, à l'âge de 70 ans, par des douleurs très vives dans les jambes, à caractère de sciatique doublé, et par affaiblissement progressif des membres inférieurs, qui en 15 jours aurait abouti à une paraplégie presque complète : en même temps le dos devient douloureux et la malade commence à se courber. Elle entre à la Salpêtrière en 1898 ; depuis lors, rien à noter qu'une augmentation de la paralysie et des douleurs. Actuellement, en mai 1904 : saillie vertébrale très accentuée au niveau de la 11-12e vertèbre dorsale, douloureuse à la pression : douleurs spontanées également : paralysie presque complète des jambes, réflexes rotuliens forts ; pas de clonus du pied, phénomène des orteils indifférent : pas de troubles de la sensibilité (réserves pour l'état mental de la malade) ; jamais de troubles sphinctériens. Mort le 23 mai 1905.

Autopsie. —Carie vertébrale au niveau des vertèbres D10, D11, D12, avec cyphose maxima au niveau de la 11e vertèbre dorsale qui est presque complètement détruite ; les restes de cette vertèbre sont repoussés vers le canal vertébral sous forme d'un éperon osseux qui d'ailleurs n'obstrue pas remarquablement le

canal vertébral même: les corps vertébraux des vertèbres D10, D12 présentent des anfractuosités remplies de fongosités. La moelle suit l'inflexion de la gibbosité et est comme tendue sur l'éperon osseux, pas mobile, de la 11e vertèbre dorsale ; à ce niveau, la dure-mère est fixée à la saillie osseuse par des adhérences assez fortes formées par des fongosités épidurales ; la partie dorsale de la moelle est libre dans le canal vertébral.

Sur la face antérieure de la dure-mère, à partir du douzième segment dorsal jusqu'au premier sacré, il existe une couche de fongosités, d'ailleurs faible ; la dure-mère même semble épaissie à ce niveau. L'épaississement total de la dure par la péri-pachyméningite atteint son maximum (1/2 ct) au niveau des 2e et 3e segments lombaires ; ici les masses fongueuses épidurales et la pachyméningite s'étendent un peu latéralement, englobant des racines à leur point de sortie dure-mérienne ; au-dessus et au-dessous les fongosités sont présentes surtout dans la moitié gauche de la face antérieure de la dure-mère, et quelques racines y sont englobées.

Il n'existe pas d'adhérences entre la dure-mère et les méninges molles, même dans la région occupée par la pachyméningite. La moelle présente un léger aplatissement seulement au niveau des 1er et 2e segments lombaires ; cet aplatissement qui touche seulement la face antérieure de la moelle semble être dû à la saillie osseuse à laquelle la moelle à ce niveau adhérait ; en effet, dans la moelle durcie au formol, on voit dans la couche externe des fongosités péri-pachyméningitiques correspondant aux segments aplatis, l'impression due à la saillie osseuse. Tuberculose pulmonaire avec grosses cavernes.

Examen histologique. — Dure-mère et méninges molles : Au niveau où la pachyméningite est plus forte (segment L 2, L 3), le tissu épidural est constitué par du tissu fibreux peu dense, qui, à sa partie plus externe, présente par places de l'infiltration et quelques tubercules nets, typiques ; les vaisseaux sont largement perméables, pleins de sang, à parois légèrement épaissies sans être infiltrées ; seulement, par endroit, on retrouve autour des vaisseaux quelques cellules allongées.

La dure est discrètement épaissie, sclérosée sur sa face antérieure et un peu aussi latéralement ; elle se distingue assez nettement du tissu épidural et ne présente ni infiltration embryonnaire, ni tubercules; seulement dans sa partie plus interne, où le tissu de sclérose est moins dense, on aperçoit quelques rares éléments embryonnaires ; ses vaisseaux, à part un épaississement très léger, sont absolument normaux.

L'arachnoïde est un peu épaissie, sans point d'infiltration ; rien à noter dans les espaces sous-arachnoïdiens, pas d'adhérences de l'arachnoïde avec la pie-mère, qui, considérablement épaissie, a

des vaisseaux sanguins normaux, assez congestionnés, tant à la partie antérieure que postérieure de la moelle.

La *moelle* lombaire, où existe la péri-pachyméningite, est aplatie légèrement à la face antérieure seulement aux niveau des segments L1, L2. Au niveau des segments L1, L2, L3, la substance blanche présente des lésions diffuses pas systématisées, pas en relation avec une distribution vasculaire. Ces lésions diffuses atteignent dans les cordons antéro-latéraux les 2/3 superficiels, respectant la partie profonde : le bord du sillon antérieur est complètement épargné. Dans les cordons postérieurs, même lésion diffuse occupant l'ensemble des cordons postérieurs avec une bande plus ou moins large de tissu sain bordant la substance grise, la zone d'entrée des racines, la pie-mère et la moitié postérieure du septum: ce sont surtout les 2/3 antérieurs et les parties centrales des cordons postérieurs qui sont lésés. A un plus fort grossissement, on constate dans les zones dégénérées une simple diminution des fibres nerveuses, beaucoup de fibres qui se colorent mal, et, entre elles, quelques-unes dont la gaine myélinique semble un peu tuméfiée ; très rarement on rencontre des cylindraxes tuméfiés. Au Marchi pas de corps granuleux, pas de faits dégénératifs récents des fibres. Au niveau des zones décolorées, léger épaississement des septa et prolifération discrète de la névroglie.

Dans les segments L5, L4, les lésions dégénératives des cordons antéro-latéraux sont moins diffuses ; elles prédominent, surtout dans le segment L 5, dans le faisceau pyramidal croisé ; dans les cordons postérieurs, dégénération diffuse épargnant la zone cornu-radiculaire et, en grande partie, le champ ventral.

Au niveau du 1er segment sacré, où il n'existe presque plus de pachyméningite, les lésions ont à peu près disparu dans le cordon antéro-latéral, sauf au niveau des F PyC où la dégénérescence est très nette ; dans les cordons postérieurs, les mêmes lésions que dans le segment L5. Au niveau du 3e segment sacré rien d'autre à noter dans les cordons antéro-latéraux que les vestiges de dégénérescence dans le FPyC ; dans les cordons postérieurs persiste une légère dégénération diffuse.

Dans la moelle lombaire et sacrée, la pie-mère est considérablement épaissie ; les vaisseaux de la moelle, à parois légèrement épaissies, sont bien perméables, plutôt congestionnés. Dans aucun point on n'observe de l'infiltration cellulaire. Les vaisseaux des racines sont légèrement épaissis aussi et plutôt congestionnés. Les espaces péri-vasculaires, adventitiels et péri-cellulaires de la moelle ne sont pas dilatés.

Les cellules de la moelle dans toute l'étendue de la pachyméningite sont bien conservées ; dans quelques rares cellules seulement les prolongements manquent et il existe une légère chroma-

tolyse, tantôt centrale, tantôt périphérique : le noyau est, dans la grande majorité des cellules, visible, central et n'offre d'altérations d'aucune sorte. Au niveau du segment D 12, où existe seulement un léger épaississement de la face antérieure de la dure-mère, on rencontre à peu près les mêmes lésions diffuses décrites dans le 1er segment lombaire. Au niveau des segments D11, D10, D8, la zone dégénérée des cordons postérieurs tend toujours d'avantage à se limiter au faisceau de Goll ; les cordons antéro-latéraux sont de plus en plus foncés, si bien que dans le segment D 8 il existe à peine trace, dans ces cordons, de la dégénérescence rencontrée primitivement. Dans le segment D3, on retrouve seulement faiblement dégénéré le faisceau de Goll ; au niveau du segment C8, la zone de dégénérescence dans le faisceau de Goll, bien que s'étendant de la périphérie à la commissure postérieure, diminue en largeur dans ses 2/3 antérieurs par ce fait que des fibres saines envahissent le Goll en dedans du septum paramédian ; dans le segment C5 est encore plus réduite en largeur et hauteur et limitée, dans le Goll, à un mince triangle dont la base périphérique correspond aux 2/3 internes du faisceau de Goll et dont le sommet, antérieur et médian, correspond à l'union des 2/3 postérieurs avec le 1/3 antérieur du septum.

Dans les segments au-dessus de la pachyméningite, les vaisseaux sont normaux ; l'épaississement de la pie-mère diminue d'intensité vers le haut ; au niveau des segments D8-D7, la pie-mère est presque normale.

Remarques : En résumé, on a constaté au niveau de l'aplatissement de la moelle (segm. L1, L2) des lésions diffuses de la substance blanche constituées par une simple diminution en fibres nerveuses ; les lésions diffuses, qui se retrouvent avec la même intensité dans les segments immédiatement supérieur et inférieur (D 12, L3), diminuent progressivement d'intensité dans les segments sous-jacents et sus-jacents, pour disparaître complètement : ne disparaissent pas, au contraire, les lésions de dégénérescence secondaire dans le FPy C et dans le faisceau de Goll. Il faut cependant remarquer la persistance de la dégénérescence diffuse dans les cordons postérieurs, au-dessous de la région aplatie de la moelle, même dans la moelle sacrée inférieure.

Dans l'interprétation des lésions médullaires constatées au niveau de l'aplatissement de la moelle, il faut sans doute faire jouer un rôle important à la compression os-

seuse ; à ce niveau, la moelle était infléchie, tendue sur la saillie osseuse de la 11e vertèbre dorsale, détruite, refoulée vers le canal vertébral par l'effondrement des vertèbres voisines. Que l'aplatissement de la moelle soit dû à ce fait et non à la pachyméningite est démontré encore soit par le peu d'intensité de la pachyméningite, soit par la constatation que dans le segment sousjacent (L3) où la pachyméningite est aussi forte, la moelle a une forme normale. Nous avons déjà traité à propos des généralités de ce nouveau genre spécial de compression osseuse : notre cas semble en être un exemple évident ; ici, en effet, la moelle n'est pas comprimée par l'arête osseuse contre la partie dorsale du canal vertébral ; en effet la partie dorsale de la moelle, complètement libre dans le canal vertébral, a conservé sa convexité normale et la déformation médullaire se limite exclusivement à sa face antérieure tendue sur la saillie osseuse. La faiblesse relative de cet aplatissement, le fait que les lésions destructives de la substance blanche sont diffuses, non localisées au point de compression, permettent de déduire encore que la compression osseuse a ici agi plutôt en amenant des troubles de nutrition diffuses de la moelle, par l'intermédiaire de troubles circulatoires, que par action mécanique directe sur le tissu nerveux. Les lésions diffuses de la substance blanche dans les segments supérieurs et inférieurs aux segments de la moelle comprimée se laissent expliquer aisément comme lésion de voisinage : on n'en peut dire autant de la dégénérescence diffuse des cordons postérieurs qui continue en bas, jusqu'à la région sacrée inférieure. Elles ne peuvent être expliquées par une lésion des racines postérieures, celles-ci restant intactes, ni par des troubles ischémiques, les vaisseaux ne présentant d'altération d'aucune sorte, la lésion ne correspondant pas à une distribution vasculaire quelconque.

On ne peut donc faire que des hypothèses. La première consisterait à admettre que cette dégénération des cordons postérieurs relève de troubles circulatoires secondaires à la compression de même nature que ceux qui ont produit la lésion étendue à toute la moelle au niveau de la compression : le fait que cette dégénération persiste seule et avec la même intensité là où les lésions même de

voisinage dans les cordons antéro-latéraux ont presque complètement disparu parle contre cette hypothèse. Dans la seconde hypothèse, il s'agirait de faire jouer un rôle prépondérant à la cachexie ou aux toxines tuberculeuses : en faveur de ces dernières plaiderait peut-être l'épaississement considérable de la pie-mère constaté dans toute la moelle sacro-lombaire et dans la moelle dorsale inférieure.

QUATRIÈME CAS. — A. F., 59 ans. Début de la maladie en janvier 1903 par des douleurs dans les reins de plus en plus violentes, irradiant en ceinture, survenant surtout par crises de pseudo-névralgie. En novembre 1903 apparaissent des douleurs sciatiques vives, et, en décembre, une difficulté de la marche progressive qui en mars 1904 devient complètement impossible. La malade entre le 10 mars à la Salpêtrière ; on constate alors une paraplégie presque complète avec contracture, réflexes rotuliens exagérés, clonus du pied bilatéral, phénomène de l'orteil indifférent, signes objectifs et subjectifs de sciatique double, diminution de la sensibilité pour toutes les sensations limitée en haut par une zone d'hyperesthésie passant au niveau de la région lombaire et hypogastrique, saillie très peu douloureuse au niveau de la 12e vertèbre dorsale.

En avril font leur apparition des troubles sphinctériens vésicaux et rectaux (rétention et incontinence),et une escarre sacrée qui de jour en jour s'agrandit. Mort, le 15 mai 1904.

Autopsie : Carie vertébrale de la 6e et 7e vertèbres dorsales : discrète péri-pachyméningite fongueuse, lardacée, étendue jusqu'à la région lombaire et sacrée supérieure, adhérant exclusivement à la face antérieure de la dure-mère, qui paraît épaissie. Cette pachyméningite n'atteint pas 1/2 cm. d'épaisseur. En ouvrant la dure on voit les parties de la queue de cheval englobées dans un tissu grisâtre, qui, en haut aussi, jusqu'à la région dorsale moyenne produit une symphyse entre les méninges et la dure. La moelle, de volume normal, ne paraît en aucun point aplatie, ni déformée.

Examen histologique : dure-mère, méninges molles : A la face antérieure de la dure-mère adhère, dans la région lombaire, un tissu nettement fibreux qui présente çà et là des placards embryonnaires, des cellules géantes nombreuses, quelques petites hémorragies, par endroit, quelques rares et discrets points caséeux et des vaisseaux sanguins nombreux, surtout à la partie externe congestionnés. Ces vaisseaux présentent de l'infiltration péri-vasculaire sans que les parois soient elles-mêmes infiltrées

La dure-mère est épaissie au niveau de l'épiduralite, c'est-à-dire à sa face antérieure ; elle est très vascularisée, plus que normalement, et ses vaisseaux aussi présentent de l'infiltration péri-vasculaire sans infiltrations des parois. La partie externe de la dure-mère est en plusieurs points envahie par la tuberculose ; ses lames sont dissociées par des traînées inflammatoires dans lesquelles on trouve quelques cellules géantes. Aussi bien l'infiltration embryonnaire que les cellules géantes manquent dans les parties latérales et postérieures de la dure-mère qui sont simplement et légèrement épaissies.

Le feuillet pariétal de l'arachnoïde, l'espace sous-arachnoïdien, la pie-mère, sont, surtout à la partie antérieure de la moelle, confondues presque à cause d'une énorme infiltration constituée surtout par des polynucléaires, avec quelques rares points de caséification. Les racines sont englobées dans ce tissu qui pénètre entre elles et dans l'intérieur de la racine même sous forme d'infiltration péri-vasculaire en suivant les capillaires. Les vaisseaux des racines sont congestionnés, à parois légèrement épaissies, pas infiltrées.

Les vaisseaux de la pie-mère sont eux aussi congestionnés avec infiltration embryonnaire limitée autour de leurs parois faiblement épaissies ; leur lumière contient beaucoup de globules blancs, mais aucun vaisseau n'est thrombosé.

A la région dorsale, cette infiltration des méninges molles diminue progressivement ; à la région dorsale supérieure elle est très faible ; à la région cervicale inférieure l'infiltration cesse, l'arachnoïde et la pie-mère ont leur aspect normal. Dans la région sacrée aussi l'infiltration, bien qu'intense, est moins forte que dans la région lombaire.

Moelle : Au niveau des segments L3, L4, L5, où la pachyméningite est plus forte, la moelle n'est pas déformée, conserve son volume normal : tout le long des vaisseaux qui entrent par le sillon antérieur et par la périphérie de la moelle, il existe une infiltration forte constituée par des polynucléaires, des cellules rondes et allongées ; l'infiltration est seulement périvasculaire : les vaisseaux ont des parois un peu épaissies, leur calibre tend à la diminution, mais ils restent encore largement perméables, et aucun d'eux ne paraît thrombosé. Les espaces périvasculaires sont dilatés ainsi que les péri-cellulaires.

Dans la moelle l'infiltration cellulaire est limitée autour des vaisseaux ; on ne retrouve pas de foyer d'infiltration indépendant d'eux : à la région dorsale, l'infiltration médullaire diminue d'une manière correspondant à la diminution de l'infiltration des méninges molles ; à la région cervicale inférieure elle cesse complètement. Dans la moelle sacrée l'infiltration est aussi plus légère que dans la moelle lombaire.

Dans toute la substance blanche, dans les segm. L3, L4, L5, décoloration diffuse qui toutefois est plus forte dans les cordons postérieurs et à la périphérie des cordons antéro-latéraux ; déjà, à un faible grossissement dans ces régions, le tissu paraît raréfié ; il existe ici de nombreuses mailles de la neuroglie très dilatées qui sont pour la plupart vides ou contiennent seulement le cylindraxe parfois hypertrophié. Ces vides sont plus rares vers la partie interne du cordon antéro-latéral, où on voit, comme à la périphérie de la moelle et dans les cordons postérieurs, abondamment disséminées entre les fibres saines, des mailles de la névroglie moins dilatées contenant une gaine myélinique tuméfiée, mal colorable, parfois à peine perceptible, avec cylindraxe très hypertrophié, parfois remplissant presque complètement la maille névroglique ; dans plusieurs de ces mailles, on distingue seulement le cylindraxe très tuméfié. Au Marchi on voit, sur toute la coupe, des corps granuleux et des granulations noirâtres occupant, pour la plupart, des fibres tuméfiées en pleine dégénération : dans la substance grise de la moelle on voit aussi de nombreuses granulations plus fines, disposées souvent en série.

Dans les cordons antéro-latéraux, il existe un épaississement léger des septa, dans les cordons postérieurs il y a une vraie prolifération névroglique, toutefois légère, abondante surtout dans les 2/3 antérieurs et dans le voisinage du septum.

Les racines qui entourent la moelle sont dégénérées d'une façon légère, presque insignifiante, malgré l'infiltration cellulaire.

Des cellules radiculaires de la moelle beaucoup se trouvent en état de gonflement avec granulations indistinctes ou disparues, parfois avec vacuolisation nette ; leurs prolongements protoplasmiques sont ordinairement peu nets ; le noyau est central ou périphérique, dans quelques cellules seulement il est peu nettement distinct du corps de la cellule, tandis que le nucléole est encore bien évident. Beaucoup de cellules sont très riches en pigment ; pas d'atrophie vraie cellulaire.

Au niveau du 2e segm. lombaire la décoloration de la substance blanche est, dans le cordon antéro-latéral, limitée à la périphérie : dans les cordons postérieurs, elle est aussi plus limitée, et tend à occuper le voisinage du septum postérieur. Au niveau du 1er segm. lombaire et au-dessus, la lésion de la substance blanche représente presque exclusivement le tableau de la dégénérescence secondaire qui, d'ailleurs, quoi que distincte, n'est pas très accusée ; dans le segment L1, en effet, la dégénérescence se limite, dans chaque cordon postérieur, à une bande adjacente au septum qui, partant de la commissure postérieure, occupe la moitié en largeur du cordon postérieur, et dans le quart postérieur du septum, avant d'arriver à la périphérie, s'écarte du septum pour y ménager avec la bande opposée un mince triangle où les fibres

sont pour la plupart conservées : une prolifération discrète de la névroglie occupe la zone dégénérée. Dans la région dorsale inférieure et moyenne, la dégénérescence affecte la forme d'un triangle à sommet antérieur touchant la commissure et à base périphérique ; il n'occupe pas plus que la moitié des cordons postérieurs en largeur. Dans la région dorsale supérieure, c'est le faisceau de Goll qui paraît nettement, bien que discrètement dégénéré. Dans la moelle cervicale, tandis que le Goll est complètement dégénéré jusqu'à la commissure dans la région inférieure. dans les segments supérieurs le champ de dégénérescence s'éloigne peu à peu de la commissure, si bien qu'au niveau du 1er segm. cervical, le sommet du triangle correspondant à la zone dégénérée touche seulement la moitié du septum postérieur.

Dans le cordon antéro-latéral, au-dessus du segm. LI, on note seulement une légère dégénération marginale, qui, à la région cervicale, disparaît complètement ; au-dessous de la pachyméningite, à partir du segm. S2, légère décoloration dans le Py C. et dans le triangle postérieur.

Remarques : L'intense infiltration des méninges molles par des polynucléaires est très probablement due à une infection secondaire propagée par l'escarre fessière : cette infiltration qui se propage à la moelle par les voies périvasculaires rend l'interprétation pathogénique des lésions médullaires particulièrement difficile. Au niveau des segm. L3, L4, L5 où la moelle présente le plus de lésions, celles-ci se montrent sous deux formes : d'une part sous la forme de perte en fibres nerveuses qui, diffuse à toute la moelle, est toutefois prépondérante à la périphérie de celle-ci et dans les parties antérieures des cordons postérieurs ; d'autre part sous la forme d'œdème des éléments du tissu nerveux qui frappe surtout les parties centrales des cordons antéro-latéraux et des cordons postérieurs.

Les lésions marginales sont très vraisemblablement sous la dépendance de l'infiltration intense de la pie-mère environnante ; il est au contraire difficile de dire dans quelles proportions entre la péri-pachyméningite dans la production des lésions constatées dans les autres régions de la moelle, à cause de la myélite qui sous la forme simple d'infiltration périvasculaire s'est ajoutée à la méningite, et qui peut bien présenter des phénomènes d'œdème des éléments nerveux. La limitation de tout phénomène inflammatoire de la moelle à cette simple

infiltration périvasculaire propagée de la périphérie, d'un côté, de l'autre côté l'intensité des phénomènes d'œdème médullaire nous font croire que l'œdème relève en grande part de l'action de la pachyméningite et que la perte diffuse de fibres nerveuses n'est, peut-être, que la suite de l'œdème de la moelle. Les bonnes conditions de l'irrigation sanguine, la diffusion des lésions destructives, leur apparente indépendance d'une distribution vasculaire, le développement peu intense de la pachyméningite qui ne déforme en rien la moelle, écartent, en effet, l'hypothèse que la perte en fibre nerveuse relève de faits ischémiques ou de la compression mécanique directe de la moelle.

La faiblesse de la pachyméningite, sa limitation à la face antérieure de la dure semblent aussi écarter l'hypothèse que l'œdème soit d'origine mécanique : on ne peut alors l'interpréter que comme un œdème collatéral inflammatoire.

Bien que nous ne puissions avoir la prétention de tirer de l'étude de 4 cas seulement des conclusions fermes sur la pathogénie des accidents médullaires au cours du mal de Pott en général, il nous semble cependant que, de l'étude de ces cas, peut découler quelques réflexions. Nous voulons dire que si, dans le plus grand nombre des cas, il existe dans la pachyméningite, les conditions nécessaires et suffisantes pour amener des troubles circulatoires d'ordre mécanique, capables d'expliquer, à eux seuls, les altérations médullaires, ainsi que l'affirment plusieurs observâteurs autorisés, il est des cas où cette pachyméningite est trop faible et trop limitée pour expliquer par la seule action des troubles circulatoires mécaniques les altérations observées. Il faut alors, pour l'explication de ces cas, invoquer un autre facteur pathogénique : et ce facteur ne saurait être recherché avec plus de vraisemblance, du moins à l'heure actuelle, que dans l'élément toxique issu du foyer tuberculeux, juxtamédullaire. Ces toxines agiraient sur la moelle plus peut-être par l'intermédiaire de l'œdème collatéral inflammatoire que par une action directe sur les éléments nerveux. Ce sont ces cas qui donnent à penser que, même pour ceux où la présence et l'action des troubles circulatoires mécaniques provoqués par la pachymé-

ningite sont indéniables, celle-ci n'agit pas seulement comme un corps étranger, indifférent, mais que peut-être elle influence aussi la moelle par l'intermédiaire de ses toxines. Même en attribuant, à juste titre, aux troubles circulatoires mécaniques un rôle très fréquent et très important, il ne faudrait pas peut-être, dans la pathogénèse des altérations médullaires au cours du mal de Pott, leur donner une place exclusive et oublier complètement l'action du processus inflammatoire qui évolue en dehors de la moelle.

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE

Le sang dans l'acromégalie et le gigantisme

(*A propos du travail de M. le Dr Sakorraphos*) ;

Par le Dr A. MARIE.

M. le Dr M. Sakorraphos, membre correspondant de la Société de Médecine de Paris, a envoyé à la Société un travail original sur un cas d'acromégalie avec gigantisme, examiné particulièrement au point de vue de l'état du sang.

La Société m'a chargé de résumer le travail de notre correspondant et d'en présenter l'analyse à laquelle j'aurai quelques observations complémentaires à ajouter.

Déjà, en avril 1905, MM. Sabrazès et Bonnes, de Bordeaux, se sont occupés, à la Société de Biologie (séance du 15 avril) de l'examen du sang dans deux types extrêmes d'acromégalie. Le cas observé par M. Sakorraphos concerne un malade âgé de 33 ans, qui présenta réunis les deux états, le gigantisme et l'acromégalie. C'était un géant qui avait les mains et les pieds, la face, la langue énormes, mais en proportion avec sa taille. Les déformations de la face rappelaient bien l'acromégalie ; il avait, en effet, le menton proéminent et la cyphose cervicodorsale ne manquait pas. Le front paraissait bas et faisait ainsi contraste avec les dimensions exagérées de la face. Des troubles visuels comme

le rétrécissement du champ visuel, l'hémianopsie, l'amblyopie, complétaient le tableau. La pupille n'était pas congestionnée, mais on apercevait bien que les bords n'en étaient pas bien tranchés. L'examen ophtalmoscopique a été fait par le Professeur Gazepy. Les urines étaient normales et ne contenaient ni albumine, ni sucre. Le malade était atteint depuis onze ans, à la suite de vifs chagrins. L'intelligence était intacte. Son caractère a cependant changé, il est triste et déprimé.

M. le Dr Sakorraphos a porté son attention particulière sur l'examen du sang.

« Le sang, disent MM. Sabrazès et Bonnes, s'écartait de la normale dans le premier cas par une diminution du taux de l'hémoglobine, par une faible leucocytose et par une lymphocytose relative et absolue très marquée. Dans le deuxième cas, le taux de l'hémoglobine et le nombre des globules rouges était au-dessus de la normale, mais la lymphocytose est très marquée et le nombre des leucocytes polynucléaires neutrophiles réduits. »

L'examen de M. le Dr Sakorraphos montra une légère diminution de l'hémoglobine, qui était due à la légère diminution du nombre des hématies (4 millions environ) avec légère diminution du nombre des leucocytes (6 mille). (Dans l'un des deux cas, les auteurs, MM. Sabrazès et Bonnes, ne disent pas si les hématies ont été augmentées ou diminuées de nombre.) Les diverses espèces de leucocytes garderaient les analogies entre elles. En un mot, il y avait une légère diminution de la masse totale du sang, une oligémie (de ὀλίγος, peu, et αἷμα, sang) sans aucune disproportion entre les éléments cellulaires du sang.

Telle est, en substance, la très intéressante note de M. le Dr Sakorraphos, d'Athènes.

Ayant en ce moment dans mon service un malade atteint de gigantisme sans acromégalie, j'ai, à l'occasion de la note de M. Sakorraphos, pratiqué l'examen de son sang avec M. Lematte, mon collaborateur.

Voici le résultat de cet examen de sang comparé au sang normal :

	SANG NORMAL	SANG ANALYSÉ	
Globules rouges p. mm^3 N.	500.000	7.626.000	La forme des hématies est normale. Les bords ne sont pas crénelés.
Richesse globulaire R.	4.500.000	4.285.714	
R.	500.000		
Valeur globulaire —			
N.	0.90 à 1	1.7	
Hémoglobine.	13 à 14 %	12 %	

	SANG NORMAL	SANG ANALYSÉ	
Leucocytes :			On n'a pas trouvé de parasites.
Polynucléaires	3.660 à 4.270	8.116	
Mononucléaires........	1.300 à 2.000	2.622	
Lymphocytes..........	520 à 975	»	
Eosinophiles	100 à 195	»	
Nombre total........	5.580 à 7.440	8.738	
Rapports % :			
Leucocytes polynucléaires	65.5	69	
Leucocytes mononucléaires.................	20	30	
Rapport des globules blancs..............	1	1	
Rapport des globules	—	—	
rouges	833	872	

Réflexions.

Par la comparaison entre les deux colonnes, on peut dire que ce sang diffère de la normale :

1° Par l'augmentation du nombre d'hématies ;
2° Par la diminution de la richesse globulaire ;
3° Par l'augmentation de la valeur globulaire ;
4° Par l'augmentation du nombre des leucocytes ;
5° Les leucocytes polynucléaires sont en nombre élevé qui est *pathologique*.

6° N.-B. — On n'a pas fait la distinction des lymphocites et des éosinophiles.

Si nous comparons ces chiffres à ceux donnés par Sabrazès et Bonnes, nous dirons que, comme chez leurs malades, nous avons ici une diminution légère de l'hémoglobine (1er cas).

Ici le nombre des polynucléaires est plus élevé que dans les deux cas analysés.

Le nombre des mononucléaires est *normal* chez notre malade. Il ne l'était pas chez ceux de Sabrazès.

Je répète qu'il s'agit ici d'un cas de gigantisme sans acromégalie proprement dite, ce qui pourrait peut-être expliquer les particularités de ce cas et les différences qui le séparent au point de vue hématologique des cas d'acromégalie simple ou combinée au gigantisme.

Avec un certain nombre d'observations de ce genre, on pourrait peut-être arriver à l'hématologie différentielle du gigantisme pur et de l'acromégalie d'autre part, et à pénétrer ensuite plus avant dans la connaissance des modifications hématopoiétiques distinctes afférentes à l'un et l'autre trouble somatique.

Les prélèvements du sang ont été multiples et nous avons eu soin de les pratiquer avant ou même après les digestions, dont l'influence, au point de vue lymphocytique est si notable.

D'ailleurs, notre cas, bien que caractérisé par du gigantisme sans acromégalie, ne laissait pas que d'être des plus complexes, et pour ne pas mettre au compte du gigantisme des modifications du sang qui se pourraient référer à d'autres causes, nous terminerons par un résumé du cas clinique correspondant.

— Le malade examiné, M. A. était un jeune homme de 25 ans, de deux mètres de hauteur, du poids de 72 kilog. Sa croissance exagérée date du début de sa puberté (17 ans) ; il n'a jamais été très intelligent, mais a toutefois fait quelques études (Ecole d'agriculture). Du côté de sa mère, la taille est héréditairement au-dessus de la moyenne (Mère de 1 mètre 97). Père suicidé.

Le malade a eu une grippe infectieuse il y a deux ans, ayant entraîné un délire fébrile hallucinatoire aigu avec anxiété, agité consécutivement, impulsion violente,

puis état catatonique et attitudes figées, tremblements musculaires, hébétude transitoire avec cyanose des extrémités et sialhorrée à l'issue de cette phase, reprise d'une certaine activité cérébrale délirante de couleur mélancolique, suicide (hérédité paternelle).

A. P. — Masturbateur. A été traité au sérum marin durant la phase de stupeur catatonique dont il est sorti bientôt après. La radiographie des extrémités des membres ne montre pas de persistance des cartilages de conjugaison. La radioscopie du crâne ne décèle pas d'anomalie appréciable de la selle turcique. Pas de tubercules pulmonaires actuels.

UROLOGIE

OBSERVATION X.			Par litre		Par 24 h.		Par kilog.	
	Nombre		Nombre		Nombre		Nombre	
Volume	1400	1060						
Densité	1018	1018						
Urée			20	16.68	26	18.18	0.40	0.31
Azote total			22	19.61	30	20.64	0.44	0.35
Chlorures.......			7	12.24	10	12.36	0 17	0.18
Acide phosphor.			2.6	1.018	3.2	0.79	0.044	0.013
Mat. dissoutes..			38	36.10	45	38.16	0.75	0.65

Le malade que nous citons présentant des signes de démence précoce, il est bon de rappeler que MM. Dide et Chenais ont fait des recherches urologiques et hématologiques dans la catatonie, où ils ont trouvé une diminution dans la quantité d'urine émise en vingt-quatre heures, une diminution de l'urée, et une augmentation des chlorures. Les globules blancs du sang seraient en proportion normale ou augmentés de nombre ; cette augmentation porterait tantôt sur les polynucléaires, tantôt sur les monucléaires. Le plus souvent les éosinophiles sont plus nombreux que de coutume.

REVUE CRITIQUE

Recherches microbiologiques sur l'Epilepsie ;

PAR M. BRA.

Au commencement de 1902, dans une communication à l'Académie des Sciences (1), je signalais dans le sang des épileptiques la présence d'un microcoque qui me paraissait devoir être considéré comme étant vraisemblablement l'agent pathogène du mal comitial. Quelques mois après, un article paru dans la *Revue neurologique* (2) complétait cette première note. Depuis cette époque, des recherches ont été publiées à ce sujet dans différents pays. Je vais les passer rapidement en revue et mettre au point quelques questions.

M. BESTA (3) à l'examen direct de très nombreuses préparations (125) ne décela aucun microorganisme. Dans ses cultures (375), il obtint seulement « deux fois des staphylocoques, une fois le coli, une fois le tétragène, une fois un spirille indéterminé ». Aussi, conclut-il que les résultats positifs de Bra et Chaussé sont dus à une auto-infection d'une part et d'autre part à des erreurs de technique. Des conclusions contraires m'eussent été d'autant plus agréables que ce travail a été fait au laboratoire d'anatomie pathologique de l'Institut psychiatrique de Reggio-Emilia, sous la direction de M. Ceni, ardent défenseur, comme on sait, d'une théorie adverse, celle de l'auto-intoxication.

MM. LANNOIS et LESIEUR (4) (de Lyon) ont examiné au point de vue bactériologique le sang des épileptiques en état de crises. Leurs recherches ont été constamment négatives et soit dans leurs cultures, soit dans les examens du sang à l'état frais, ils n'ont jamais trouvé de microbes décelables.

(1) BRA. — De la présence d'un parasite dans le sang des épileptiques. *C.-R. de l'Académie des sciences*, 6 janvier 1902, et *Archives de Neurologie*, 1902, p. 50.

(2) BRA. — Du parasite trouvé dans le sang des épileptiques. *Revue neurologique*, n° 10, 30 mai 1902, pp. 447-452.

(3) BESTA. — Ricerche batteriologiche nel sangue degli epilettici. *Riv. sperim. di freniatria*. 1902, p. 309.

(4) LANNOIS et LESIEUR. — Examen bactériologique du sang des épileptiques. *Soc. médic. des Hôpitaux de Lyon*, 1903, 3 novembre.

Bien différentes des conclusions précédentes sont celles que formula M. W A. Ghiliarowsky à la Société des Neuropathologistes et psychiatres de Moscou (1). L'A., chargé par cette société de faire un rapport sur mes recherches, examina le sang de 5 épileptiques aussi bien au moment de l'attaque que dans les intervalles. Il fit l'examen du sang frais, du sang avec coloration et des ensemencements sur différents milieux nutritifs. Dans cinq examens, il constata la présence de micro-organismes correspondant, dit-il, à la description de Bra. Dans quelques cas, il obtint des cultures pures qui démontrèrent encore mieux, d'après lui, l'identité de ces éléments avec le diplocoque de Bra. Le bouillon de culture fut inoculé aux lapins, non dans les veines, comme l'a fait B., mais sous la peau et en quantité bien moindre. Le résultat fut négatif (avec ces quantités et ce mode d'injection, il ne pouvait en être autrement), quoiqu'on pût constater la présence de ce parasite dans le sang du lapin. Résultat négatif aussi sur la souris. En plus. on procédait avec la même technique à l'examen du sang des psychiques avec ou sans excitation maniaque et l'on constatait la présence d'un diplocoque absolument analogue à celui des épileptiques et à celui signalé par Bra. Le rapporteur, dans ses conclusions, identifie le neurocoque de Bra au *micrococcus agilis*, lui dénie un rôle quelconque dans la pathogénie de l'épilepsie et indique la présence plus fréquente de ce microcoque au milieu d'autres microbes dans le sang des malades qui présentent une activité musculaire extrême.

Dans la même séance, M. Minor, répondant à M. Mouralaw, qui qualifie d'utopie toute investigation bactériologique sur les comitiaux, M. Minor fit observer que la présence, dans d'autres états, des micro-organismes trouvés par Bra, ne s'opposait pas au rôle joué par eux dans l'épilepsie et qu'en tous cas, les vues actuelles sur la pathogénie du *morbus sacer* sont loin d'être telles que l'on puisse opposer un *noli me tangere* à une nouvelle interprétation.

Il ressort, en somme, de la communication de M. Ghiliarowsky que, dans cinq examens sur cinq épileptiques, il constata la présence, dans le sang, de microorganismes correspondant à la description que j'ai faite du neurocoque. L'auteur, à coup sûr, a été moins heureux dans ses ensemencements et l'identification qu'il essaie d'établir entre ce dernier et le *micrococcus agilis* le prouve surabondamment. A ma connais-

(1) Ghiliarowsky. (W. A.) — Sur la question de la parasitologie dans l'Epilepsie, 1903. *Obosrénie. Pyschiatrie, Neurologie*, n° 3, mars p. 229. *Séance de la Société des Neuropathologistes et Pyschiatres*, Moscou, 20 octobre 1902.

sance du moins, il n'existe de ce nom dans la littérature bactériologique que le *micrococus ruber agilis* d'Ali Cohen et le *micrococcus citreus*. Le premier donne sur gélose une culture d'un rose vif, le second une culture crémeuse, visqueuse, de teinte citrine. Si l'on se reporte à la description que j'ai faite des fines cultures du neurocoque (1), on ne peut rien imaginer de plus disparate. Le bactériologiste russe a été victime d'une souillure venue du dehors.

MM. Tirelli et Brossa (2) ont examiné douze cas d'épilepsie essentielle anciens et graves ; ces recherches furent pratiquées au moment de l'accès. Ils firent ainsi 98 préparations fixées ou à l'état frais et 58 cultures en bouillon ou gélose — résultats négatifs. Deux fois seulement, il est arrivé aux auteurs de remarquer à l'examen du sang frais à peine extrait de la veine « des corpuscules nombreux, ronds, de dimensions variées, ne mesurant pas plus de quelques μ, offrant l'aspect de cocci isolés ou diversement réunis en groupe ou par chaînettes de 2-4-6 articles s'agitant vivement au milieu de la préparation et mélangés à de nombreux microcytes. » Et, comme il s'agissait de sang recueilli immédiatement ou peu après les accès, et que ces granulations « avaient des caractères morphologiques semblables à ceux de Bra », les A. ont pensé, un moment, se trouver en présence du neurocoque, d'autant plus que ces formations particulières « furent ensuite trouvées également dans les cultures correspondantes en bouillon, quoiqu'en nombre beaucoup plus restreint ». Seulement les A. ont trouvé qu'elles refusaient les matières colorantes usuelles « d'une façon presqu'absolue », et qu'elles ne donnaient pas lieu à un *réel développement* dans le bouillon, qui reste limpide, ni sur agar. Les A. ont alors fait deux examens : « Le premier à une date éloignée de l'accès, avec un résultat négatif, même en ce qui concerne l'existence de ces granulations dans le sang frais ; le second « peu d'heures après un accès grave et qui donna des résultats positifs quant à l'examen microscopique », négatifs au point de vue culture. En résumé, MM. Tirelli et Brossa ont bien observé dans le sang de quelques épileptiques des granulations d'aspect semblable à ce que j'ai décrit, mais, se basant sur leur résistance à la coloration et la difficulté d'obtenir des cultures prospères, ils se croient en droit de les considérer comme des fragmentations d'éléments morphologiques du sang.

(1) Bra. — Du parasite trouvé dans le sang des épileptiques *Revue neurologique* n° 10, 30 mai 1902, p. 450.

(2) Tirelli et Brossa. — A proposito del neurocco di Bra nel sangue degli epilettici. *Riforma medica*, Palermo, 1903, XIX, 934-936.

J'ajoute que M. Alberto ENTRALGO, médecin de l'hôpital de Mazorra (Cuba), m'écrivit qu'en recherchant l'hématozoaire de Laveran chez ses épileptiques palustres, il avait à plusieurs reprises observé dans le sang des points réfringents extrêmement mobiles dont il ne s'expliquait pas la nature. A la suite de ma première note, il a pu nettement colorer ces microcoques, mais n'est pas arrivé à les voir réunis en chaînettes (1).

Je regrette de ne pouvoir individuellement répondre dans cette courte note aux auteurs précités, mais leurs objections me paraissent, en somme, porter sur trois points principaux : 1° rareté des cas où l'examen du sang se montre positif; 2° résistance des éléments « anormaux supposés parasitaires » à la coloration ; 3° difficulté d'obtenir de véritables cultures et transparence des milieux nutritifs, même lorsqu'ils présentent un dépôt renfermant les « éléments problématiques » renfermés dans le sang.

Je vais passer en revue ces différentes objections :

a). *Rareté des cas où l'examen du sang se montre positif.* — Cette rareté me semble provenir, je l'avoue en toute sincérité, des figures et des descriptions qui ont été données au début. Un schéma — trop schématique — des photographies d'un sang trop profondément infecté et renfermant, en conséquence, des altérations globulaires prêtant à confusion, une trop large place faite à la description de formes anormales qui sont des formes

(1) Il n'est question ici que des travaux postérieurs aux miens. Antérieurement, il n'existe à ma connaissance que les très intéressantes recherches de MM. J. Voisin et Petit (*L'épilepsie*, Paris 1897, pages 139-150). Sur 9 examens du sang pratiqués sur 5 épileptiques ayant des accès en série ou du délire, un seul examen a paru positif : « En quelques points, il semble y avoir sur ces préparations colorées par la méthode de Gram quelques cocci isolés ou en diplocoques. »

En culture, les A. ont observé deux fois un petit bacille court à bouts arrondis et presque toujours des cocci qui semblent être, disent-ils, des staphylocoques du genre albus, le plus souvent. Et de fait, la description des cultures paraît être en faveur de cette interprétation; mais, il me semble bien que dans certains cas, chez les malades SOLIO.. et JACQ., notamment, MM. Voisin et Petit ont, peut-être, cultivé le neurocoque et non, comme ils le pensent, un staphylocoque banal.

d'involution ou résultent de la coalescence des éléments très simples du parasite et n'existent pas en réalité, tout cela a contribué, sans doute, à ce que l'on s'attendît à trouver, à l'examen du sang, autre chose que ce qui est. Aussi, je crois utile de remettre les choses au point et je précise :

Les formes du neurocoque dans le sang se réduisent à ceci : cocci isolés ou en diplocoques ; en moins grand nombre et plus rarement courtes chaînettes de 3-4-6 grains. Dans des leucocytes, grains isolés ou en diplocoques.— Cocci et diplocoques peuvent aussi se présenter sous forme de zooglées, de petits amas plus ou moins régulièrement arrondis comme s'ils provenaient de globules parasités disparus.

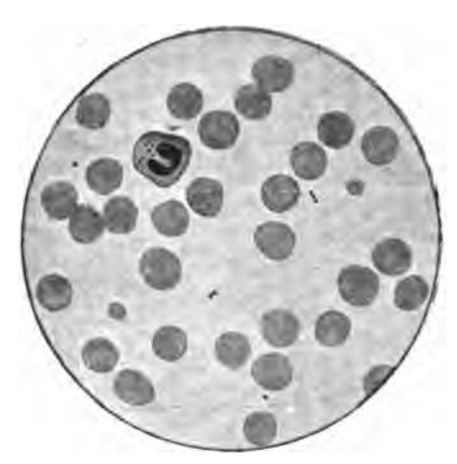


Fig. 23. — Les éléments du neurocoque dans le sang comitial. Cocci isolés et diplocoques, courte chaînette. Leucocyte renfermant des grains isolés ou en diplocoque.

La figure schématique ci-dessus rend assez exactement compte de ce que l'on rencontre le plus ordinairement dans le sang des épileptiques.

Comme je l'ai fait observer, il ne faut pas s'attendre à trouver régulièrement des éléments parasitaires. Lorsqu'ils existent, il ne faut pas non plus s'attendre à trouver constamment réunis cocci, diplocoques et chaînettes

dans une même préparation. Ils peuvent n'exister que par unités et il faut souvent faire plusieurs préparations avant d'en rencontrer un seul. Cependant, je ne crois pas trop m'avancer en posant en principe que, lorsque les crises ne sont pas très espacées, on est toujours sûr d'avoir des examens positifs à un moment donné. L'essentiel est de répéter les prises de sang. Les épileptiques cachectiques à vertiges continuels, montrent une infection presque permanente.

Je rappelle que pour l'examen du sang, les prélèvements par piqûre du doigt ou du lobule de l'oreille suffisent. La ponction intra-veineuse n'est indispensable que pour la culture.

On peut opérer les prélèvements sur les épileptiques bromurés ; la suspension des attaques déterminée par les bromures alcalins ne paraît pas due à une action microbicide.

b) *Résistance des éléments « anormaux supposés parasitaires » à la coloration.* — Les parasites dans le sang se colorent, il est vrai, insuffisamment par les solutions simples de bleu de méthylène, mais cela n'a rien de bien spécial. La thionine phéniquée les colore parfaitement.

Seuls restent colorés en bleu les éléments parasitaires — ces derniers sont nettement teintés et aucun doute ne peut subsister quant à l'interprétation.

c) *Difficulté d'obtenir de véritables cultures et transparence des milieux nutritifs même lorsqu'ils présentent un dépôt renfermant les « éléments problématiques » rencontrés dans le sang.* — On sait la difficulté que présente généralement la culture des microbes contenus dans le sang et qui provient en partie de ce que le coagulum fibrineux emprisonne dans ses mailles les éléments microbiens. Dans l'épilepsie, comme dans les infections du sang en général, de fréquents insuccès paraissent dus à ce processus fibrineux. La culture dans le sang même du malade, préconisée par MM. Roger et Weil dans la variole, par M. Lignières dans la Tristeza et par M. Lemierre dans différentes affections, permet de tourner la difficulté et donne des résultats plus constants que l'ensemencement direct, même en grande quantité, du sang

en bouillon ordinaire. Le procédé dont je me sers est celui qu'emploie M. Lemierre (1). On prélève chez le malade, par ponction d'une veine du pli du coude, au moins cinq centimètres cubes de sang. On vide le contenu de la seringue dans un tube d'assez fort calibre contenant quelques perles de verre et l'on défibrine immédiatement le sang en agitant le tube pendant cinq minutes. On porte ensuite à l'étuve. De vingt-quatre heures en vingt-quatre heures, on prélève une goutte de sang défibriné qu'on examine après étalement sur lame et colo-



FIG. 24.— Neurocoque. Culture en bouillon. (Ocul. 3, obj. imm 1/12 Leitz.)

ration. On est, du reste, averti de la croissance en masse des microbes par le changement d'aspect du sang qui, de rouge qu'il était, prend une teinte brun-sale. Cette culture dans le sang défibriné sert à ensemencer des tubes de bouillon neutre ou alcalin.

— Comme je l'ai fait observer dans mes premières notes, le bouillon est *légèrement* troublé. Le mot « opalescent » dont je me suis servi est peut-être impropre ; teinte gris clair serait sans doute plus exact. Le bouillon garde un certain temps ce léger trouble uniforme,

(1) LEMIERRE. — *Comptes-rendus de la Société de Biologie*, 13 novembre 1903.

puis la culture finit par tomber au fond du tube en formant un très fin dépôt gris-blanchâtre. Le bouillon devient alors absolument transparent. Telle est vraisemblablement la cause de cette objection émise par MM. Tirelli et Brossa que les granulations observées « ne donnent pas lieu à un réel développement dans le bouillon qui reste limpide ».

Pour la culture sur les autres milieux, je renvoie à ce qui est dit dans mes premières notes (1) et me contente de rappeler que le neurocoque forme sur agar un semis d'une très grande finesse.

Les essais expérimentaux pratiqués par les auteurs ne valent guère la peine qu'on s'y arrête. Ceux-ci conviennent volontiers, d'ailleurs, de leur peu de valeur. Il est certain que MM. Tirelli et Brossa avec leurs ébauches de cultures, que M. Ghiliarowsky en injectant par voie hypodermique des quantités de cultures (?) moindres que celles qui sont nécessaires en injections intra-veineuses, ne pouvaient rien obtenir. Lors de ma première publication, il me fallait injecter 20-30 cc. pour déterminer des convulsions chez le lapin et ce sont encore ces doses considérables qu'il me fallut employer lorsqu'il y a quelques mois, avec Chaussé, nous fîmes, devant Magnan, des injections intra-veineuses sur les lapins. Magnan a constaté le caractère nettement convulsivant des cultures, tout en manifestant le regret que les périodes de la crise ne fussent pas plus nettement tranchées. Avec des cultures dont l'action immédiate oscille dans d'aussi larges limites, il était fort difficile de scander mathématiquement les temps de l'attaque ; le plus souvent, le but est dépassé et les convulsions se terminent par la mort de l'animal. On se rapproche alors beaucoup plus de l'épilepsie aiguë, de l'état de mal où les périodes s'imbriquent, se confondent que de l'épilepsie chronique. La virulence des cultures est assez variable suivant les malades dont elles proviennent (2), mais il est facile de l'exalter soit par

(1) Bra. — Du parasite trouvé dans le sang des épileptiques. *Revue neurologique*, 30 mai 1902, p. 450-451.

(2) Malgré l'obligeance de MM Bourneville et Marandon de Montyel, je n'ai pu encore à mon grand regret et par suite de diverses circonstances, obtenir des cultures pures provenant de l'état de mal.

des passages, soit par le repiquage sur milieux ensanglantés et je possède des cultures qui, à la dose de 10 cc., en injections intra-veineuses, tuent en 48 heures. Une de ces cultures filtrée à la Berkefeld V et injectée sous la peau d'un lapin à la dose de 3 cc. l'a tué en 8 jours dans de violentes convulsions. La bougie n'a pas été essayée et l'expérience est à refaire. Toutes réserves. Je viens aussi d'observer la mort de deux lapins inoculés huit et dix mois auparavant sous la peau et dans les veines avec une quantité minime d'une culture peu virulente. Les animaux sont morts ayant perdu près de la moitié de leur poids. L'autopsie montra une atrophie remarquable de la rate et de la vésicule biliaire. Le sang du cœur donna une culture pure du neurocoque. La persistance du microbe dans le sang est extrêmement remarquable.

Je reviendrai sur l'expérimentation, mais je tiens dès maintenant à attirer l'attention sur des troubles vaso-moteurs qui m'avaient échappé et qui par leur constance présentent évidemment un très grand intérêt. Quelques instants après l'injection des cultures sous la peau ou dans les veines du lapin à doses modérées, il se produit un rétrécissement subit des vaisseaux de l'oreille, une ischémie extrême, suivis rapidement d'une dilatation vasculaire qui cède sa place à son tour à l'ischémie du début. Ces alternatives de constriction et de dilatation se répètent et se succèdent rapidement. C'est comme une série de coups de piston que l'on peut rapprocher, ce me semble, de ce que Magnan, pendant l'attaque, a observé à l'examen du fond de l'œil chez les épileptiques. Il semble que le minimum d'effet des cultures corresponde au spasme vasculaire, le maximum à la convulsion musculaire. L'angiospasme, en un mot, paraît être à l'origine des phénomènes convulsifs. Une étude sur la pression artérielle viendra sous peu appuyer ces faits.

J'ajoute que d'expériences en cours, il paraît résulter que les cultures du neurocoque favorisent la coagulation du sang. La vitesse de la coagulation du sang pris chez le lapin inoculé est, en effet, beaucoup plus grande qu'avant l'inoculation et que chez les animaux témoins.

Contrairement à mes précédentes conclusions, la valeur du séro-diagnostic dans l'épilepsie est loin d'être absolue.

Comme je l'ai fait remarquer, l'agglutination est constante, mais des échantillons du neurocoque se laissent facilement agglutiner par le sérum normal. M. Sicard, alors chef de clinique à la Salpêtrière, en partant soit de mes cultures, soit du bouillon de réensemencement, a constaté (communication écrite) à 1/5 et à 1/10 l'agglutination après deux heures par le sérum de cinq épileptiques essentiels, mais il eut, aux mêmes dilutions et dans le même temps, une agglutination très nette par le sérum de deux comitiales symptomatiques et de trois sujets normaux. Reste à savoir dans quelle proportion agglutinent les sérums normaux comparativement aux sérums comitiaux. Je n'ai pas eu le temps de faire cette recherche, mais je conviens volontiers, dès à présent, que la séro-agglutination est peu utilisable. J'ai examiné un trop grand nombre de préparations et fait trop d'ensemencements pour ne pas être convaincu que l'examen du sang et la culture suffisent d'ailleurs amplement au diagnostic.

REVUE DE PATHOLOGIE MENTALE

III. — **Du Mongolisme** ; par Weygandt. (*IIIe Congrès annuel de la Société des psychiatres bavarois, tenu à Munich les* 13 *et* 14 juin 1905.)

Dans l'idiotie mongoloïde, il s'agit non pas de la coïncidence accidentelle du masque et du squelette facial avec l'imbécillité ou quelques autres symptômes, mais bien d'un type dégénératif nettement délimité. J'en ai, en Allemagne et en Angleterre, observé 37 cas dans ces derniers temps, dont j'ai étudié les caractères cliniques.

La face est caractérisée surtout par l'aplatissement, la largeur, l'abaissement de la racine du nez, la largeur de la région de l'arcade zygomatique, l'obliquité et la petitesse des fentes palpébrales ; il existe très fréquemment de l'épicanthus. Le crâne est au plus haut point brachycéphale. Presque en tous les cas, la langue est altérée ; généralement, on y constate des crevasses et une hypertrophie des papilles fongiformes ; elle est habituellement longue mais ne présente pas d'épaississement particulier.

Les articulations les plus diverses sont d'une laxité extrême ; on peut renverser les doigts sur le dos des mains au point bien souvent de pouvoir former un angle aigu. Les petits doigts sont d'ordinaire incurvés en dedans par suite du peu de développement de la phalangine. (*Fig.* 25.)

Assez souvent on constate des signes multiples de dégénérescence ; malformations des oreilles, narines ouvertes en avant ;



Fig. 25.— Munie.. à 13 ans (janvier 1905). (*Mongolisme*).

asymétries ; anomalies congénitales et lésions congénitales du cœur, atrésies, etc.

Ces malades sont sujets à de nombreuses affections somatiques et avant tout à des inflammations des paupières, du nez, des lèvres, etc. La tuberculose y est tout spécialement fréquente.

Au point de vue mental les mongoloïdes, d'abord ralentis dans leur développement intellectuel, sont ensuite passablement

accessibles pendant quelques années à l'éducation et à l'instruction pour, ultérieurement, redemeurer stationnaires.

Tranquilles, gais, bons, ils sont bien souvent disposés aux plaisanteries. Il faut faire ressortir leur tendance à l'imitation, l'écholalie, l'échopraxie; les grimaces, sont chez eux assez fréquentes. Le développement de la parole est la plupart du temps défectueux.

Ils meurent d'habitude de bonne heure, de maladies intercurrentes ; rarement ils dépassent 25 ans (9,4 °/₀) ; nous avons vu un mongoloïde de 54 ans. Bien souvent les enfants succombent peu de temps après l'accouchement à raison de leurs anomalies. Ce sont fréquemment les derniers enfants d'un mariage prolifique, ou ceux de parents relativement âgés ou présentant une différence d'âge excessive.

L'auteur examine les diverses théories pathogéniques, le rôle des lésions des glandes thyroïdes, de la syphilis congénitale, de la tuberculose ; puis s'appuyant sur les éléments anatomopathologiques et ethnologiques, il conclut qu'il s'agit de malformations par arrêt de développement.

Le diagnostic est important à cause du pronostic scabreux aussi que de la démarcation à établir entre le mongolisme, le crétinisme et le myxœdème. P. Keraval.

Nous avons été, croyons-nous, le premier, en France, à appeler l'attention des médecins de notre pays, sur l'*idiotie mongolienne*, rare chez nous, très commune en Angleterre et aux Etats-Unis. Voici la liste de nos travaux sur cette maladie :

Bourneville. — Art. dans *Traité de médecine* de Brouardel et Gilbert, t. IX, p. 58 ; —*Idiotie du type mongolien*, *Compte-rendu de Bicêtre*, 1901, p. 137-147 ; — *Idiotie du type mongolien*, *Compte-rendu de Bicêtre*, 1902, p. 3-18 ; —Bourneville et J. Boyer, *Imbécillité congénitale, type mongolien*, *Ibidem*, p. 24-35 ; —Bourneville, *Congrès des aliénistes et neurologistes*, de Bruxelles, 1903, t. II, p. 282. — *Progrès médical*, 1903, nº 34, p. 120, et *Archives de neurologie*, 1903, 2ᵉ série, t. XVI, p. 252. — *Nanisme mongolien*, par Bourneville et Reine Maugeret (*Compte-rendu de Bicêtre*, de 1903, p. 149). — *Parallèle entre le myxœdème et le mongolisme*, par B. (*Congrès des aliénistes et neurologistes de Rennes*, août 1905. — Dans ces diverses publications, nous avons indiqué tous les travaux étrangers relatifs au *mongolisme* parvenus à notre connaissance, qui se retrouvent indiqués la plupart, dans la thèse de l'un de nos élèves, M. Desgeorges, intitulée : *Contribution à l'étude de l'idiotie mongolienne*, Paris, 1905.

On trouvera dans nos publications un certain nom-

bre de figures représentant la *physionomie*, l'*oreille* et la *main* des mongoliens. Nous reproduisons la photographie d'une de nos *mongoliennes* pour comparaison avec une de nos *myxœdémateuses*. B.



FIG. 26. — Walh.. à 13 ans. (*Myxœdème* .

XIV. — **Sur l'étiologie du crétinisme et du myxœdème par lésion de la glande thyroïde** ; par le Dr BAYO. (*Ueber die Ætiologie des Schildrusénschwinds bei Cretinismus und Myxœdem.* (*Neurolog. Centralbl.*, 1er septembre 1904.)

Le Dr Kocher a eu le mérite de noter que le crétinisme ne s'ajoute au goitre qu'après que la dégénérescence de la thyroïde eut atteint un tel degré que la fonction de la glande fut atteinte ou

sérieusement entravée. Le Dr Bayon nous dit que Ewald a essayé d'établir une distinction entre le crétinisme épidémique et le crétinisme sporadique sur la théorie de Virchow; théorie de la synostose hâtive du sphénoïde et de l'apophyse basilaire chez les crétins. Cette théorie fut réfutée par M. B. Schmidt dans son : *Allgemeine Pathologie und pathologische, Anatomie der Knochen*, 1897, dans lequel il montre que la synostose tribasilaire est réellement un symptôme de *Chondrodystrophia fœtalis*. Mais le problème de savoir si cette affection se rapporte à la maladie de la thyroïde reste insoluble. Dans le crétinisme sporadique, l'hypertrophie de la thyroïde existe déjà chez le fœtus, tandis que dans le crétinisme la maladie de la glande se présente le plus souvent dans l'enfance.

Le Dr Bayon fait cette remarque importante que presque toute maladie infectieuse qui attaque la constitution de l'homme est accompagnée de l'inflammation de la thyroïde.

Le Dr Bayon a eu l'occasion, à la clinique de Würzburg, d'étudier les glandes thyroïdes de cinq crétins. L'une d'elles avait la structure ordinaire caractérisée par le *struma-cystique* : les quatre autres étaient en voie de dégénérescence ; aucune trace de colloïde. Quelques restes de glandes étaient répandus dans le tissu adjacent. Dans un cas, il n'y avait aucune trace de formation de colloïde, mais quelques noyaux décolorés ; ils étaient de couleur vitreuse. Le Dr Bayon nous dit que la paroi épithéliale des lobes de la glande thyroïde a de grandes facultés de régénération de même que l'épithélium des reins (1).

Rappelons que le *myxœdème infantile vrai* est dû à *l'absence de la glande thyroïde.*

Le *myxœdème* qualifié de *fruste* peut être dû à une affection plus ou moins prononcée de la glande thyroïde, atrophie, kystes, tubercules, etc. (2).

L'*idiotie mongolienne*, que plusieurs auteurs rapprochent du *myxœdème*, dont elle diffère à tant d'égards, paraît reconnaître cependant pour causes des *lésions* de la glande thyroïde : thyroïdite ou sclérose, tumeurs diverses, tubercules etc. Les *figures* 25 et 26 permettent de se rendre compte de la grande différence d'aspect d'une

(1) D'après une analyse de William W. Ireland, dans *The Journal of. mental science*.

(2) Nous avons vérifié cette absence dans tous les cas dont nous avons fait l'autopsie et, il y a quelques semaines encore, dans le cas de l'enfant Bonna... dont nous publierons prochainement l'observation.

mongolienne et d'une *myxœdémateuse*, photographiée, au même âge. BOURNEVILLE.

XV.— **Etude sur le cancer secondaire du cerveau, du cervelet et de la moelle** ; par les Drs GALLAVARDIN et VARAY. (*Rev. de médecine*, juin 1903.)

Une première observation est relative à une femme de 60 ans atteinte d'un cancer primitif de l'utérus accompagné de généralisation péritonéale et pulmonaire qui présenta,dans la période ultime de la maladie,de l'épilepsie localisée,avec embarras de la parole troubles de la marche et trépidation épileptoïde. On trouva à l'autopsie, au niveau de la frontale ascendante, un noyau cancéreux d'aspect bleuâtre et adhérent à la pie-mère. Dans un second cas, il s'agit d'un homme atteint de cancer primitif du rein gauche chez lequel on découvrit des lésions secondaires dans le rein droit, les deux poumons, les ganglions trachéo-bronchiques et qui présenta des troubles de la démarche du type cérébelleux, des vomissements matutinaux, de la diplopie avec affaiblissement de la vue. Anatomiquement, on était en présence d'un épithélioma à grandes cellules localisé au vermis superior. Dans un troisième cas, on avait affaire à une tumeur de la cuisse gauche qui donna lieu à des lésions secondaires au niveau du foie. Au milieu des phénomènes cachectiques, il se produisit des crises épileptiformes du bras ou de la jambe. Mort par broncho-pneumonie. A la partie supéro-moyenne de l'hémisphère droit, existait une tumeur néoplasique. Un quatrième sujet atteint de cancer mélanique du creux sus-claviculaire gauche mourut en asystolie avec des lésions du poumon et du cerveau. L. WAHL.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

XII. — **Traitement de la névralgie faciale rebelle** ; par le Dr OSTWALT. (*Bulletin de l'Académie de médecine*, 30 mai).

M. F. RAYMOND.— Je dépose sur le bureau de l'Académie une note de M. le Dr F. Ostwalt relative au traitement de la *névralgie faciale rebelle*.

A l'instar du Dr Schlosser, M. le Dr Ostwalt traite les névralgies faciales graves par des injections profondes d'alcool cocaïné ou stovaïné, injections dirigées sur les différentes branches du trijumeau au point de leur sortie du crâne. Il a apporté au procédé primitif des modifications de technique très importantes. L'ai-

guille dont il se sert, coudée deux fois, est vissée sur la seringue chargée du liquide à injecter. Cette aiguille est introduite derrière la dernière molaire supérieure, et elle est conduite vers le trou ovale ou le trou grand rond, ou encore vers la partie postéro-inférieure de la fente sphénoïdale où passe la branche ophtalmique, suivant le nerf que l'on veut atteindre. Plusieurs injections sont parfois nécessaires. Dans certaines circonstances, il se produit des récidives nécessitant d'avoir recours à de nouvelles injections. Quatorze de mes malades, soit en ville, soit à la Salpêtrière, ont été traités par ce procédé, et tous ont guéri à peu près complètement ou au moins sont très améliorés.

Je ferai remarquer à l'Académie combien nous sommes d'ordinaire désarmés en face d'une des affections les plus cruelles, les plus douloureuses parmi celles qui peuvent affliger l'espèce humaine ; la chirurgie, elle-même, donne, trop souvent des résultats incomplets. Il s'agit donc d'un progrès thérapeutique réel et important. Ces injections, employées dans des névralgies rebelles des nerfs autres que les paires craniennes, ont donné également des résultats encourageants.

XIII. — **Syphilis cérébrale et injections d'hermophényl** ; par MM. Roque et Corneloup. (*Lyon médical*, 21 mai 1905, n° 21.)

Quatre observations de syphilis cérébrale à manifestations variées, que les auteurs ont traitées d'une façon uniforme par les injections d'hermophényl à hautes doses.

Observation I. — Syphilis cérébrale, céphalée en un point fixe, à recrudescence nocturne durant depuis trois ans ; crise d'épilepsie jacksonnienne ayant débuté il y a trois semaines, d'abord quotidienne, puis s'espaçant peu à peu pour disparaître ; guérison complète, après injection de 1 gr. 52 d'hermophényl en 13 piqûres.

Observation II.— Syphilis. Hémiplégie droite transitoire avec exagération énorme des réflexes. Aphasie persistante. Injection de 1 gr. 52 d'hermophényl en 13 piqûres. Guérison de tous les accidents.

Observation III.— Syphilis cérébrale. Paralysie. Injections de 1 gr. 52 d'hermophényl en 13 piqûres. Très grande amélioration.

Observation IV. — Hystérie ancienne. Syphilis conjugale datant de 10 ans. Tumeur du cervelet, s'accompagnant de céphalée localisée. de crises d'épilepsie jacksonnienne limitées à droite, de vertiges, de troubles de la démarche avec rétropulsion et latéropulsion à droite. Les injections d'hermophényl n'ont donné aucun résultat.

A l'autopsie. Tumeur cérébelleuse du volume d'un œuf, développée au niveau des méninges, comprimant l'hémisphère droit du cervelet, d'apparence kystique et ne semblant pas de nature syphilitique après examen histologique.

D'après ces différentes observations, les injections d'hermophényl constituent un traitement actif de la syphilis cérébrale.

Les auteurs ont injecté à ces divers malades, en sept semaines, 1 gr. 52 d'hermophényl, soit environ 0,60 centigr. de mercure. Les seuls accidents observés ont été chez deux jeunes femmes nerveuses, de la douleur après les piqûres avec une fièvre momentanée. variant de 39° à 40°, durant comme la douleur de 24 à 36 heures. Les accidents ont disparu depuis qu'un anesthésique a été incorporé à l'injection. En dehors de cet accident, les auteurs ne signalent aucun autre inconvénient.

Les urines, qui ont été examinées pendant toute la durée du traitement, n'ont rien présenté d'anormal. Pas d'éruption cutanée, aucune réaction locale, pas de persistance du nodule inflammatoire induré.

Abstraction faite de la quatrième observation, l'efficacité du traitement apparaît incontestable dans les trois autres observations. Il semble donc qu'avec l'hermophényl on soit en possession d'un mode de traitement de la syphilis cérébrale, permettant de pousser, aussi loin qu'on le jugera nécessaire, le traitement mercuriel, et semblant mettre à l'abri de tous les accidents usuels de l'intoxication hydrargyrique. G. Carrier,

ASILES D'ALIÉNÉS

I. — **Une tentative d'analyse psychologique des travaux manuels des aliénés**, par Toporkoff; (*Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, 1904 n° 4.)

Il serait d'un grand intérêt psychiâtrique de connaître la manière dont travaillent les aliénés dans les différentes formes de maladies mentales et aux diverses époques d'une même affection ; au même titre que l'écriture, cette notion peut fournir de précieuses indications diagnostiques, car il existe des rapports assez constants entre les modifications de l'activité mentale d'un sujet et les particularités de ses productions. Ainsi le maniaque se distingue par l'abondance et l'incohérence des œuvres ; le confus par l'absence d'individualité, d'idée dirigeante, le désordre chaotique ; les paranoiaques chroniques, par leurs créations symboliques ceux-ci pouvant d'ailleurs devenir d'excellents ouvriers quand ils

font assez abstraction de leur délire. Chez les déments secondaires, on constate une tendance consciencieuse à reproduire le modèle, mais une incapacité absolue d'arriver à un résultat convenable si l'ouvrage est tant soit peu compliqué ou comporte quelque combinaison. F. T.

II. — **De la nécessité de lutter contre la tuberculose dans les asiles d'aliénés**; par N. N. Toporkow. (*Obozrenie psichiatrii*, VIII, 1903.)

Le seul moyen radical, dit l'auteur, est l'isolement rigoureux des malades tuberculeux. En attendant, il est nécessaire d'appliquer d'une façon plus ou moins systématique et persévérante une série de mesures palliatives. Il paraît indispensable, en tout cas, d'enregistrer scrupuleusement les cas de tuberculose et d'élucider la question des causes de sa propagation dans les diverses asiles. Ce n'est que lorsqu'on aura une idée nette et définie des proportions du mal que l'on sera en position de mettre la question de la lutte radicale contre ce fléau au rang des questions les plus graves et les plus aiguës de la psychiatrie générale. P. Keraval.

III. — **Aperçu de l'assistance familiale des aliénés en quelques pays de l'Europe occidentale** ; par N. Wyroubow (*Obozrénie psichiatrii*, VII. 1902.)

Examen sur place de Gheel, Dun-sur-Auron, Ilten, Ellen-Rockwinkel, Uchtspringe, du patronage familial de Berlin, en 1900. Rapport détaillé. Quant à son opinion sur cette question, l'auteur renvoie à son rapport sur cette assistance à Voronége (VII[e] Congrès de Pirogow (*Journal de neuropathologie et de psychiatrie de Korswoak*, 1 et 2, 1902.) P. Keraval.

IV. — **L'organisation du service médical et scientifique dans nos asiles d'aliénés et l'initiative privée** ; par le D[r] Lentz. (*Bull. de la Société de méd. ment. de Belgique*, décembre 1904.)

L'auteur conteste l'efficacité de l'initiative privée dans l'organisation médicale et scientifique des asiles d'aliénés. « Le but des propriétaires d'asiles est atteint, dit-il, du moment où, par un régime matériel convenable et des installations suffisantes, ils parviennent à assurer à leurs établissements une clientèle constamment renouvelée. Que leur importe, du moment où ils sont assurés d'un prix de journée d'entretien largement rémunérateur, et pourquoi se préoccuperaient-ils de faire de leurs asiles mieux qu'un hospice convenablement aménagé, une véritable institution scientifique, puisque de larges bénéfices leur sont quand même assurés ? Voilà, à mes yeux, le vice capital de l'initiative privée, tant laïque que religieuse, et voilà pourquoi je

pense qu'il faut renoncer à l'espoir de tout progrès sérieux aussi longtemps que les pouvoirs publics n'auront pas une action plus immédiate sur les services en question.

« Bien rares sont les asiles belges qui possèdent seulement un microscope et une salle d'autopsie, où le médecin dispose d'un cabinet d'observation, où existe un semblant d'installation hydrothérapique,etc... »

M. Lentz reproche encore à l'initiative privée de maintenir les médecins dans un état de subordination indigne du rôle qu'ils doivent être appelés à remplir dans un asile d'aliénés et il accuse en outre ces médecins d'être systématiquement hostiles au principe de l'assistance familiale et d'en entraver le développement par tous les moyens. G. D.

V. — **Avantages et désavantages de la Caisse des Pensions**; par le Dr Maere. (*Bull. de la Soc. de méd. ment. de Belgique*, 1904, n° 118.)

VI. — **Maisons de santé pour payants du Dr Thomsen à Bonn et du Dr Ehrenwald à Ahrweiler**; par le Dr Maere. (*Bull. de la Soc. de méd. ment. de Belgique*, 1904, n° 118.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE.

Séance du 24 *juillet* 1905. — Présidence de M. Vallon.

Le secrétaire général annonce que M. Vallon a été fait chevalier de la Légion d'honneur et le félicite au nom de ses collègues.

M. Vallon, remerciant M. Ritti de ses félicitations, exprime le vœu que la même distinction soit accordée, chaque année, au président de la Société.

Elections : MM. Colin et Lwoff sont, après le rapport de M Pactet, élus membres titulaires. M. B.

Séance du 30 *octobre* 1905. — Présidence de M. Vallon.

Confusion mentale et otite suppurée (*discussion*).

M. Picqué. — Si l'on constate, avec M. Roy, qu'un accès de délire puisse disparaître, au moment où le chirurgien vient de supprimer un foyer infectieux, on peut admettre, comme je l'ad-

mets moi-même, l'existence des folies par infection. Je suis, en effet, assez porté à supposer que les suppurations peuvent déterminer des troubles intellectuels se manifestant surtout par de la confusion mentale. C'est ainsi que s'expliqueraient les délires consécutifs aux accouchements. Je ne crois pas qu'il faille voir là de simples coïncidences, car ces cas sont trop nombreux : je ne pense pas davantage qu'il faille trop s'attacher aux objections tirées par M. Arnaud du fait que le malade, dont l'observation nous a été présentée par M. Roy, a eu une rechute ou, comme l'a dit M. Legrain, avait déjà déliré, car tout le monde admettra bien que, les suppurations n'étant pas les seules causes de délire, celui-ci a pu se manifester pour d'autres motifs.

M. Arnaud. — Je reconnais trop volontiers qu'entre la pathologie mentale et la pathologie externe, il ne saurait y avoir de fossé, pour nier les services que la chirurgie rend aux aliénés ; mais je ne saurais, cependant, voir une relation de cause à effet dans les observations qui font l'objet de la discussion de M. Picqué. Le cas cité par M. Roy ne pourrait d'ailleurs, juger le débat. En effet, si l'otite de son malade a guéri après une intervention chirurgicale, il ne faut pas oublier que, du propre aveu de l'auteur, une amélioration commençait à se produire avant l'opération. De plus, le malade avait déjà guéri d'un premier accès de délire sans le secours du chirurgien. J'admets, cependant, que tout trouble somatique peut avoir un retentissement fâcheux sur une psychose.

M. Picqué n'a pas entendu parler seulement de l'observation de M. Roy, sur laquelle y a lieu de formuler des réserves. Il s'est placé à un point de vue plus général ; le but de son intervention dans la discussion était surtout d'attirer l'attention sur les psychoses d'origine infectieuse.

Observation d'un dément précoce avec autopsie.

MM. Legrain et Vigouroux communiquent l'observation d'un jeune homme de 23 ans qui succomba six mois après son entrée, après avoir présenté les signes caractéristiques de la démence précoce : négativisme, attitude stéréotypée, impulsion, etc. A son autopsie, on constata un véritable infantilisme splanchnique non soupçonné pendant la vie : poumons de nouveau-né, cœur de 130 gr., rein de 70 gr. et des lésions tuberculeuses du poumon. Le cerveau était de volume normal, l'encéphale pesait 1350 gr.

L'examen histologique du cerveau fit constater des lésions des cellules nerveuses et l'absence de toute lésion vasculo-conjonctive.

M. Vigouroux communique une observation personnelle qui a plusieurs points d'analogie avec la précédente. L'affection a évolué plus lentement, car elle a duré 14 ans ; mais le malade, dément

précoce type, est mort cachectique avec des signes de. tuberculose pulmonaire. A l'autopsie, on trouva également de l'infantilisme des organes thoraciques ; le poumon pesait 200 gr., le cœur 180 gr. : par contre, le foie et les reins étaient de volume et de poids normaux, le cerveau également.

L'examen histologique du cerveau montra des lésions du seul tissu neuro-épithélial, à l'exclusion du tissu vasculo-conjonctif qui était sain.

Deux cas de démence précoce avec autopsie et examen histologique.

MM. G. Doutrebente et L. Marchand rapportent l'observation de deux autres déments précoces.

Il s'agit de deux cas de démence précoce à forme hébéphrénique. Ces deux observations ont plusieurs points de ressemblance : pas de tares héréditaires, pas de maladie du jeune âge chez les deux malades ; début de l'affection à l'âge de 25 ans ; affaiblissement rapide de l'intelligence. Le premier sujet avait eu une enfance et une adolescence normales, son affection débuta par de violents maux de tête et des accès mélancoliques. Le second malade était atteint manifestement de débilité mentale et son affection survint à la suite d'excès alcooliques ; pendant plusieurs années, il vécut errant, répandant la terreur dans sa commune, il subit plusieurs condamnations et ce n'est qu'à la sixième qu'il fut reconnu aliéné. Dans les deux cas, on relève des lésions de méningite avec cette différence que, chez le premier sujet, ces lésions étaient arrêtées dans leur évolution et que chez le deuxième, elles étaient encore en activité. Dans ce dernier cas, elles avaient été assez intenses pour donner lieu à une hémiparésie. Comparant leurs examens histologiques à ceux déjà publiés, les auteurs concluent que des lésions diverses peuvent donner lieu au syndrome de la démence précoce, il n'y a donc pas une démence précoce, mais des démences précoces.

Délire de persécution systématisée curable chez un alcoolique.

M. Olivier rapporte l'histoire d'un persécuté alcoolique, ayant guéri d'un délire présentant les caractères de la chronicité. Dans cette observation, il s'agit d'un malade exempt de toute tare héréditaire et d'antécédents personnels qui, à l'âge de 59 ans, présenta, sous l'influence progressive de l'intoxication alcoolique, le tableau classique de la deuxième période du délire de persécution systématisé, sans hallucinations visuelles, mais avec des hallucinations verbales auditives et les troubles somatiques de l'éthylisme réduits au minimum.

Ce fut seulement, au bout de 8 mois d'internement, que ce délire organisé, en quelque sorte paradoxal, s'évanouissait et que le malade recouvrait le complet usage d'une intelligence rigoureuse. Depuis lors cette guérison s'est maintenue.

Présentation de pièces anatomiques.

MM. Marie et Barban. — Nous avons observé, durant un assez longtemps, un malade atteint d'idiotie et ayant subi à 11 ans, la craniotomie, en 1892. Ce malade est décédé en 1902 d'entérite tuberculeuse.

Ce qui nous a paru intéressant dans cette pièce, c'est la réfection osseuse presque parfaite alors que des auteurs très compétents ont soutenu la non-possibilité de réparations de parois craniennes et l'absence de fonction ostéogène de leur périoste.

Nous pensons que de telles pièces montrent l'inutilité des interventions opératoires dans certains cas d'idiotie, mais aussi la réalité des fonctions ostéogènes du périoste cranien, lorsque l'opération réservant l'intégralité du périoste est pratiquée aseptiquement, avant l'âge adulte, comme dans notre cas (1).

M. Vallon fait remarquer combien est illogique le traitement qui consiste à faire des trépanations pour guérir l'idiotie.

Marcel Briand.

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE.

Séance du 9 novembre 1905. — Présidence de M. Brissaud.

Epilepsie. Bromure et déchloruration.

M. Thomas. — Enfant de 11 ans, jacksonnien par traumatisme obstétrical, insuffisance absolue du bromure, même à forte dose; action remarquable par le traitement Toulouse-Richet. Les crises, jadis généralisées, sont maintenant limitées à la main gauche. Elles reprennent quand on revient à l'alimentation chlorurée.

M. Déjerine est très partisan de cette méthode à laquelle MM. Ballet, Brissaud et Babinski n'accordent qu'une médiocre confiance.

Hyperexcitabilité électrique du nerf facial.

M. Babinski montre deux cas d'hémiplégie faciale périphérique ancienne, dans lesquels le côté malade est plus excitable par les courants faradiques et galvaniques que le côté sain, sans aucune ressemblance avec la R. D. L'un des cas est léger, résultant d'une otite suppurée ; l'autre est dû à une lésion bulbo-protubérantielle. L'excitabilité électrique n'est donc pas un signe pro-

(1) Nous avons eu l'occasion, bien des fois, de montrer des *crânes d'idiots* ou *d'épileptiques*, ayant été craniectomisés, et d'appeler l'attention sur la *réossification de la brèche*, qui existe dans tous les cas de *craniectomie* chez des enfants ou des adolescents. Dans les visites du service, le samedi, nous montrons nos collections de *crânes* (692) en insistant sur la manière dont la brèche est comblée. (Voir nos *Comptes-rendus* et la thèse de l'un de nos élèves, le Dr Rellay. (B.)

nostique favorable. D'autre part, une lésion siégeant à l'origine ou sur le trajet d'un nerf peut à la fois augmenter son excitabilité électrique et interrompre sa conductibilité neuro-volitionnelle.

Commotion médullaire ; paralysie des membres supérieurs ; intégrité des membres inférieurs.

MM. Thomas et Leenhardt. — Femme de 45 ans, prise de ce syndrome après une chute sur le dos. Paralysie avec douleurs très vives des membres supérieurs ; hyperesthésie du bord interne de l'avant-bras et de la paume de la main, sans dissociation syringomyélique ni perte du sens des attitudes Depuis l'accident, qui date de trois mois, la paralysie a cédé partiellement, surtout à gauche. Les réflexes sont normaux, les troubles de la sensibilité ont complètement disparu. Atrophie persistante au niveau du deltoïde, de l'avant-bras et de la main. Commotion médullaire avec formation probable des petits foyers hémorragiques dans la corne antérieure.

Hypotrophie d'origine hérédo-bacillaire.

MM. Claude et Lejonne. — Fille de 20 ans atteinte de nanisme sans infantilisme, avec double lésion mitrale, fatigue rapide, chutes fréquentes, réflexes exagérés. Ponction lombaire négative. Toxémie tuberculeuse ayant agi sur le système pyramidal. Père tuberculeux.

Tic avec phobie de la parole et de la lecture.

MM. Ballet et Faguet.— Il s'agit d'une fille de quinze ans qui, en parlant et en lisant, s'arrête devant certains mots, soupire, fait une longue inspiration, devient anxieuse, présente la physionomie du mutisme hystérique, puis arrive à prononcer le mot qui l'arrête.

Hérédo-ataxie cérébelleuse.

MM. Marie et Léri. — Femme présentant une démarche hésitante avec propulsion, sans signe de Romberg, ni asynergie cérébelleuse, ni paralysie. Abolition des réflexes rotuliens et achilléens, signe de Babinski. Nystagmus ; pas de troubles sensoriels. Douleurs et troubles de la sensibilité générale. Pas de troubles trophiques. Instabilité mentale. Lésion cérébelleuse probablement limitée à certains faisceaux.

Syndrome de Basedow chez une goitreuse.

MM. Laignel-Lavastine et Thaon. — Fille de 24 ans, goitreuse familiale avec trophœdème atteinte à la suite d'un traumatisme et d'une émotion vive du syndrome de Basedow, à rattacher au groupe des goitres basedowifiés de Marie, et aux syndromes basedowiens chez les thyroïdiens trophœdémateux.

Rhumatisme chronique.

M. Gauckler.— Cas intermédiaire entre les arthropathies nerveuses et le rhumatisme chronique : symétrie des atteintes articulaires, absence de douleurs objectives, aspect des lésions.

Faisceau longitudinal inférieur.

M. Archambaut. — Ce faisceau qui ne dégénère pas à la suite de lésions importantes du lobe occipital, prendrait son origine à a partie externe du corps genouillé externe.

. Déjerine combat cette manièrede voir.

Origine périphérique des hallucinations des amputés.

MM. Souques et Poisot ont fait réapparaître ces hallucinations en faradisant les moignons, alors que Pitres les fait disparaître en cocaïnisant les moignons. Ce sont donc les excitations périphériques parties de la région cicatricielle, qui, transmises aux centres corticaux, avivent ou réveillent les anciennes images du membre absent. L'absence d'hallucinations ou de leur reviviscence tient à ce que les images corticales sont trop faibles pour être provoquées par les excitations périphériques. (Amputés congénitaux.)

Ectopie cérébelleu se.

M. Alquier, dans une autopsie, a vu le cervelet descendant dans le canal rachidien jusqu'à la première paire dorsale.

Diagnostic des tumeurs cérébrales.

M. Cestan.— La névrite optique œdémateuse est la signature du syndrome d'hypertension céphalo-rachidienne causé par les tumeurs cérébrales, mais on peut hésiter quand il n'existe pas encore de lésions du fond de l'œil. Dans un cas, plus de quinze jours avant l'apparition de la névrite chez un cérébelleux ordinairement vertigineux il existait une résistance extraordinaire au vertige voltaïque. Aucun vertige avec un courant d'intensité double de celui qui produit le vertige chez un sujet sain. Il y aurait là un moyen de diagnostic. F. Boissier.

BIBLIOGRAPHIE

XIX.— *Les écrits et les dessins dans les maladies nerveuses et mentales* ; par le Dr Rogues de Fursac.

On sait — et c'est une notion que M. le Pr Joffroy s'est attaché à mettre en lumière dans plusieurs leçons — que les troubles de

l'écriture jouent un rôle important en neuro-psychopathologie. En matérialisant, pour ainsi dire sous une forme objective et durable, le fonctionnement défectueux à la fois des muscles préposés aux mouvements de l'écriture ou du dessin, et des centres qui président à l'élaboration des idées, les troubles *calli* et *psychographiques* fournissent en effet de précieuses indications sur l'état de la motilité et des facultés intellectuelles et permettent d'en suivre presque jour par jour les altérations.

Il y a donc un véritable intérêt à étudier de près et à l'aide de procédés raisonnés les *écrits* et les *dessins* des diverses catégories de neuropsychopathes.

C'est cette étude qui a été entreprise par un des anciens chefs de clinique de M. Joffroy, M. le Dr Rogues de Fursac, déjà connu par un *Manuel de Psychiâtrie* très apprécié. Son travail est divisé en trois parties : la première constitue en quelque sorte un exposé de la méthode qu'il convient de suivre dans l'examen des *écrits pathologiques spontanés*, *sur copie* ou *sous dictée*.

L'auteur y passe successivement en revue les troubles calligraphiques élémentaires, c'est-à-dire l'*ordonnance générale des écrits*, *la direction et la forme des lignes*, *la direction*, *la forme et l'agencement des lettres*, etc. Viennent ensuite les altérations des *images graphiques*. Sous ce nom, l'auteur vise seulement la reproduction par des mouvements appropriés de l'image visuelle d'une lettre (*image littérale*), ou d'un mot (*image verbale*), abstraction faite de toute idée doctrinale concernant l'existence d'un centre des mouvements de l'écriture équivalent au centre des mouvements d'articulation de Broca.

L'altération des images graphiques se manifeste sous deux formes principales, l'*effacement* et la *confusion*. Dans le premier cas, le malade est incapable d'écrire soit les lettres, soit les mots (*agraphie littérale ou verbale*) ; dans le second, ce sont également tantôt les lettres, tantôt les mots qui sont employés hors de propos et ne correspondent plus à l'idée que le malade voulait exprimer (*paragraphie littérale ou verbale*, *jargonaphasie*).

L'effacement des images graphiques peut résulter soit d'une altération du langage intérieur, d'une aphasie, soit d'un affaiblissement général de la mémoire qui peut être lui-même définitif ou transitoire.

Les autres troubles calligraphiques élémentaires étudiés dans cette première partie : *les omissions*, *l'impossibilité de la copie*, *les fautes syntaxiques*, *les homonymies*, *les substitutions*, et *additions*, *l'échographie*. *la stéréotypie graphique*, etc., etc., sont le résultat d'un affaiblissement plus ou moins marqué de l'attention et de son corollaire inévitable, l'exaltation de l'automatisme mental.

Telles sont les principales données sur lesquelles s'appuie

M. Rogues de Fursac pour étudier, dans la seconde partie, la plus importante de l'ouvrage, les écrits des malades atteints d'affections à manifestations exclusivement motrices (*paralysie agitante*, *goitre exophtalmique*, *chorée*, *tabes*, *sclérose en plaques*, *crampe des écrivains*, etc.) ; ou à la fois motrices et intellectuelles telles que l'*épilepsie*, l'*hystérie*, la *paralysie générale*, la *démence sénile*, la *démence précoce*, la *folie maniaque — dépressive*, la *mélancolie affective*, les *intoxications*, l'*arriération* et la *dégénérescence mentale*, etc., etc.

Les troubles graphiques particuliers à chacune de ces affections sont figurés par de nombreux spécimens d'écriture, recueillis à leurs différentes périodes, avant ou après leurs manifestations paroxystiques, spontanément, sous dictée, etc., ce qui permet de suivre, pour ainsi dire pas à pas, la marche progressive, puis régressive des accidents.

A côté de ces spécimens d'altérations graphiques une place à été réservée aux *compositions littéraires et musicales* des psychopathes constitutionnels (déséquilibrés ou dégénérés) qui sont avec les maniaques, les sujets les plus enclins à la graphomanie.

A part quelques rares exceptions, ces élucubrations se font remarquer par leur absence complète d'originalité, leur puérilité et l'emploi de formules, de locutions bizarres, qui les rendent toujours obscures, quelquefois même tout à fait incompréhensibles.

La troisième et dernière partie du volume est consacrée à l'examen d'une autre série de productions artistiques également intéressantes, c'est-à-dire des *dessins* auxquels ont recours beaucoup d'aliénés pour exprimer leurs conceptions délirantes ou leurs troubles sensoriels.

Ces dessins sont quelquefois de simples caricatures auxquelles il est difficile d'accorder une signification quelconque, mais dans d'autres cas, ils servent à symboliser les hallucinations et les délires qui les accompagnent avec leurs différents caractères de systématisation, d'incohérence ou d'absurdité.

Rien de plus curieux à cet égard que les cinq tableaux représentant les différentes phases de l'existence d'un dément paranoïde : sa naissance, les persécutions qu'il endure, les mutilations qu'on lui inflige, les bourreaux qui se désaltèrent avec son sang et finalement son triomphe dans une sorte d apothéose où il apparaît dominant le monde, au milieu de personnages aussi énigmatiques que lui.

Ajoutons, en terminant, que le livre que nous venons de présenter au lecteur ne contient pas moins de 232 figures ou dessins tous d'une exécution irréprochable. C'est assez dire la richesse du matériel clinique auquel a dû puiser l'auteur pour mener à bien

une œuvre qui marque une date en psychiatrie et qui fait honneur à la fois au Dr Rogues de Fursac et à l'Ecole de la Clinique de Sainte-Anne dont il a été et dont il reste un des plus brillants représentants. G. DENY.

XX. — *Etude clinique et essai de classification des névralgies intercostales* ; par G. BOUTIN. (*Thèse de Bordeaux*, 1904-1905.)

Il existe un groupe de douleurs intercostales, qualifiées à tort de névralgies intercostales, et bien distinctes de la névralgie, maladie décrite par Valleix et du point de côté banal de cause pleuro-pulmonaire. L'auteur divise ces douleurs en trois groupes: douleurs intercostales d'origine centrale, douleurs intercostales d'origine périphérique, douleurs intercostales de causes mal déterminées. Les douleurs centrales sont très violentes, apparaissent à intervalles irréguliers, ont une localisation mal déterminée, ne s'acompagnent d'aucun trouble de la sensibilité et ne sont modifiées par aucune cause périphérique. Les douleurs intercostales d'origine périphérique se divisent elles-mêmes en deux catégories : douleurs névritiques et douleurs réflexes, ces dernières ayant pour point de départ une affection des poumons, du cœur, de l'estomac, de l'intestin, de l'utérus, du foie, du rein et présentant des points de départ différents suivant l'organe atteint. Enfin les douleurs intercostales de causes mal déterminées comprennent les topoalgies hystériques et les douleurs d'habitude à localisation intercostale. Dans toutes ces variétés de douleurs intercostales, on met rarement en évidence l'existence des points de Valleix. L'injection de cocaïne loco dolenti n'a aucune action sur les douleurs centrales, amène toujours une amélioration passagère mais accusée des douleurs périphériques et guérit complètement celles du troisième groupe. Jean ABADIE.

XXI.— *Contribution à l'étude de la migraine ophtalmoplégique* par G. LECLÉZIO. (*Thèse de Bordeaux*, 1904-1905. Imp. F Cadoret.)

L'auteur a rassemblé dans sa thèse toutes les observations de migraine ophtalmoplégique qui ont été publiées depuis la thèse de l'Alché (1896). Ces observations, au nombre de 22, rapportées presque toutes *in extenso*, traduites pour la plupart personnellement par l'auteur, ne permettent pas encore de juger entre les deux théories pathogéniques toujours en présence, celle de Mœbius et Charcot, qui accepte le siège nucléaire des lésions, et celle de Manz et Mauthner, qui accepte le siège basal. Depuis les cas avec autopsie publiés par Gubler, Weiss, Thomsen-Richter, une observation nouvelle, celle de Karplus, relate un examen nécropsique: on trouva un névrofibrome de la grosseur d'un petit pois enserrant de toute part l'oculomoteur ; après coloration au Weigert-Pal, on constata que le stroma-nucléaire était plus pauvre en

faisceaux du côté malade que du côté sain ; les cellules ganglionnaires des noyaux n'offraient cependant aucune différence entre l'un et l'autre côté. Dans deux autres cas où l'on pratiqua ponction lombaire, le cyto-diagnostic fut négatif. Jean ABADIE.

NÉCROLOGIE

M. LE Dr PIERRE ROY

Né à Paris en 1875, Pierre ROY avait de bonne heure montré ses qualités de travail qui lui avaient valu les plus brillants succès scolaires, notamment un 1er prix d'honneur de rhétorique en 1892. Ses études médicales furent aussi brillantes. Sa vive intelligence, son esprit cultivé, le firent remarquer de ses premiers chefs. Dès le début, il se consacra à l'étude des affections du système nerveux. Interne des asiles d'aliénés de la Seine, où il arriva premier au Concours de 1899, et la même année interne provisoire des hôpitaux, il était nommé, l'année suivante, interne des hôpitaux de Paris.

Les premières observations qu'il rédigea dans le service de son maître, M. Variot, avaient trait à la neurologie. En 1902, avec son maître, M. Deny, il publia dans la collection des *Actualités médicales* une monographie sur la *Démence précoce* qui fut un des premiers travaux parus en France sur cette question.

Interne de M. Launois, il entreprit soit seul, soit avec celui-ci, une série d'études sur le gigantisme. *Gigantisme et infantilisme* ; *Gigantisme et castration* ; *Les modifications du squelette consécutives à l'atrophie testiculaire et à la castration* ; *Des relations qui existent entre l'état des glandes génitales mâles et le développement du squelette* ; etc. etc. travaux qu'il condensa dans sa thèse inaugurale : *Contribution à l'étude du gigantisme* (1903). Cette thèse fut couronnée par la Faculté.

Chef de clinique des maladies mentales à la Faculté de Paris de 1903 à 1905, il se spécialisa complètement dans les études psychiatriques et seconda brillamment le Pr Joffroy dans le nouvel enseignement médico-légal et psychiatrique qui venait d'être créé à la Faculté.

Il reprit alors ses études sur le gigantisme et publia en 1904, en collaboration avec M. P.-E. Launois, un très important ouvrage intitulé : *Etudes biologiques sur les géants* (Paris, Masson, 1904). Ce travail important réunissait les observations détaillées de soixante-quinze géants vivants ou autopsiés. Après l'examen de tous les travaux importants sur ce sujet

et notamment ceux de Brissaud et de Henri Meige, MM. P. Roy et Launois décrivirent deux formes : le *gigantisme infantile*, celui des sujets adultes, aux épiphyses non soudées et le *gigantisme acromégalique*, celui étudié par Brissaud et Meige en relation avec une hypertrophie de l'hypophyse ; enfin ils signalèrent une forme intermédiaire de passage entre le gigantisme infantile et le gigantisme acromégalique montrant que si tous les géants ne sont pas acromégaliques, toux ceux du moins qui ne le sont pas sont aptes à le devenir. P. Roy et Launois avaient aussi étudié le rôle des glandes à sécrétion interne dans le développement du squelette et de tout l'organisme et montré que les altérations de ces organes s'accompagnent de modifications caractéristiques atteignant leur apogée dans le myxœdème, le gigantisme et l'acromégalie. Les *Etudes biologiques sur les géants* obtinrent, la même année, le prix Herpin à l'Académie de médecine, le prix Monthyon à l'Académie des sciences et le prix Broca à la Société d'anthropologie.

Bien que ne se faisant alors aucun doute sur l'état précaire de sa santé, Pierre Roy avait tenu à se rendre à Rennes au dernier Congrès de Neurologie (août 1905) où l'on devait discuter son important rapport sur l'*Hypochondrie*. Ce rapport concluait : 1° que l'idée hypochondriaque simple ou délirante est une préoccupation morbide concernant la santé physique qui ne peut se développer que grâce à la coexistence de deux facteurs pathogéniques : 1° une constitution psychique spéciale et des troubles de la cœnesthésie, 2° que l'hypochondrie n'existe pas en tant qu'affection distincte et autonome, justifiant sa spécificité par quelque caractère étiologique ou évolutif. Il n'y a que des états hypochondriaques symptomatiques qui peuvent s'observer au cours de toutes les affections où se rencontrent une constitution psychique spéciale capable d'interpréter les troubles de la cœnesthésie.

Une importante discussion suivit l'exposé de ce rapport et Pierre Roy y montra pour la dernière fois ses qualités de précision et de clarté. Nos lecteurs ont pu lire dans le *Progrès Médical* le compte rendu qu'il y fit du Congrès de Rennes.

Mais la maladie finit par avoir raison de cet être d'élite, à l'esprit cultivé, clair et élégant, au cœur tendre et dévoué. Il est mort à trente ans, douloureusement pleuré de tous ceux qui l'ont connu, au début d'une vie déjà si féconde et pour laquelle semblait s'ouvrir l'avenir le plus brillant.

PRINCIPAUX TRAVAUX DU Dr PIERRE ROY :

Un cas de goitre exophtalmique chez un garçon de 4 ans 1/2

avec la triade symptomatique : exophtalmie, goitre, tachycardie. (*Soc. de Pédiatrie*, 11 juin 1901 et *Soc. méd. des hôp.*, 6 déc. 1901, en collab. avec M. Variot). — 2. Pneumothorax et vomique séreuse au cours d'une thoracentèse chez une petite fille de 11 ans. (*Soc. méd. des hôp.* et *Tribune méd.*, 23 oct. 1901 en collab. avec M. Variot). — 3. Bifidité acquise de la luette par gomme syphilitique. (*Soc. de Pédiatrie*, 12 nov. 1901.) — 4. Cirrhose anictérique avec grande ascite, probablement d'origine biliaire, chez un enfant de 8 ans. Autopsie. Examen microscopique. (*Soc. de Pédiatrie*, déc. 1901. En collab. avec M. Variot.) — 5. Un cas de blépharoptose post-typhique (*Soc. de Pédiatrie.*, janvier 1902.) — 6. Paralysie labio-glosso laryngée, probablement liée à une lésion congénitale de l'écorce cérébrale chez une fille de 9 ans 1/2. (*Soc. méd. des hôp.*, 24 janvier 1902., et *Gaz. des hôp.*, 30 janvier 1902 en collab. avec M. Variot. — 7. Volumineux sarcome encéphaloïde du rein gauche, avec noyaux secondaires du foie, chez une fillette de 8 ans. (*Soc. anatomique.*, 28 février 1902.) — 8. Nouvelles recherches cliniques sur le processus angineux dans la scarlatine chez les enfants et sur ses irradiations. (*Soc. méd. des hôp* , 2 mai 1902 en collab. avec M. Variot.) — 9. Exostoses multiples ayant suppuré. Syndrome syringomyélique (amputation spontanée des doigts, thermo-anesthésie) chez un homme de 30 ans, hystérique et tuberculeux. (*Soc. méd. des hôp.*, 13 juin 1902. en collab. avec M. P. E. Launois.) — 10. Exostoses multiples à tendance suppurative. (*Nouv. Icon. de la Salpêtrière*, n° 4, juillet-août 1902. en collab. avec M. P.-E. Launois.) — 11. La démence précoce J.-B. Baillière et fils, un vol. in-16 des *Actualités médicales*). Paris 1902, en collab. avec M. G. Deny) — Présentation d'un géant infantile. (*Soc. de neurologie*, 6 nov. 1902, et *Revue neurol.*, 15 nov. 1902, en collab. avec M. P.-E. Launois) — 13. Gigantisme et infantilisme. (*Nouv. Icon. de la Salpêtrière.*, n° 5, novembre-décembre 1902, en collab. avec M. P.-E. Launois). — 14. Gigantisme et castration. Les modifications du squelette consécutives à l'atrophie testiculaire et à la castration. (*Soc de path. comparée.*, 9 déc. 1902 et *Revue internat. de méd. et de chir.*, 10 déc. 1902, en collab. avec M. P. E. Launois.) — 15. Des relations qui existent entre l'état des glandes génitales mâles et le développement du squelette. (*Soc. de biologie*, 10 janvier 1903, en collab. avec M. P.-E. Launois.) — 16. Autopsie d'un géant acromégalique et diabétique (*Soc de neurol.* 15 janvier 1903, et *Revue neurol.*, 30 janvier 1903, en collab. avec M. P. E. Launois, et *Nouv. Icon. de la Salpêtrière*, mai-juin 1903). — 17. Glycosurie et hypophyse. (*Soc. de Biologie*, mars 1903 et *Arch. gén. de méd.* 5 mai 1903, en collab. avec M. P. E. Launois.) — 18. Les rapports de l'acromégalie et du gigantisme expliqués par l'autopsie du géant Constantin. (*Soc. méd. des hôp.*, 8 mai 1903, en collab. avec M. P.-E. Launois et M. A. Dupane (de Mons.) — 19. Contribution à l'étude du gigantisme. (*Thèse de Paris*, 25 février 1903, *Médailles d'argent*. Prix des thèses de la Faculté.) — 20. Les stigmates obstétricaux de la dégénérescence d'après MM. René et Henri Larger. Revue critique. (*Arch. de Neurologie*, 1903, n° 89.) — 21. Comment examiner un aliéné, Médecine journalière. (*Arch.*

gén. de méd., n° 37, 1903.) — 22. Comment traiter un aliéné, Médecine journalière. (*Arch. gén. de méd.*, n° 42, 1903.) — 23. La ponction lombaire dans le diagnostic précoce de la paralysie générale (*Concours médical*, 29 octobre 1904.) — 24. Etudes biologiques sur les Géants. (1 vol. in-8°462 pages, avec 113 fig. Paris Masson, 1904.) (Prix Th. Herpin. *Acad. de méd.* 1904 ; Prix Monthyon (mention). *Acad. des sciences.*, 1904.) Prix Broca. *Soc. d'Anthropologie* 1904.) — 25. Aphasie motrice à répétition chez une morphinomane, en collab. avec M. Juquelier, *Soc. médico-psychol.*. 19 déc. 1904 et *Journal de Psychologie normale et pathol.*, janvier 1905, p. 1.) — 26. Eschare sacrée chez une tabétique non alitée. (*Soc. de neurologie de Paris.*, 2 mars 1905 et *Arch. génér. de méd.* 25 avril 1905, p p. 1042.) — 27. La préoccupation hypochondriaque de la paralysie générale chez les syphilitiques. (*Journal de Psychologie norm. et pathol.*, mai 1905, p. 229.) — 28. Amnésie localisée. rétro-antérograde ayant débuté brusquement par un ictus chez un paralytique général. (*Soc. de neurol.*, 11 mai 1905 et *Revue neurol.* en collab. avec M. Roger Dupouy.) — 29. Quelques notes sur le géant Machnow. (*Arch. de méd.*, 30 mai 1905, p. 1380, en collab. avec M. D. P. E. Launois). — 30. Compression mentale et otite suppurée. (*Soc. médico-psychologique*, 29 mai 1905, en collab. avec M. Guisez.) — 31. De l'hypochondrie, étude pathogénique et nosologique. (Rapport au 15° *Congrès des médecins aliénistes et neurologistes*. Rennes, août 1905. 1 broch. 150, p. 32). — Etude médico-légale de l'hypochondrie. (Communication au Congrès de Rennes en collab. avec M. Juquelier, une brochure 30 p), etc., etc.

VARIA

Enseignement de la neurologie et de la psychiatrie.

Cours de clinique des maladies du système nerveux. — M. le Dr Raymond a commencé le cours de clinique des maladies du système nerveux, le mardi 14 novembre 1905, à 10 heures du matin (hospice de la Salpêtrière), et le continuera les vendredis et mardis suivants, à la même heure.

Programmes d'enseignement complémentaire : Pathologie générale du système nerveux, M. le Dr Claude : Séméiologie des maladies du système nerveux, M. le Dr Lejonne ; Histologie normale et pathologie du système nerveux, M. le Dr Alquier ; Psychologie clinique, M. le Dr Janet ; Electrodiagnostic et électrothérapie, M. le Dr Huet ; Examen du larynx, M. le Dr Cartaz ; Examen des yeux, MM. les Drs Dupuy-Dutemps et Kœnig ; Examen des oreilles, M. le Dr Gellé. Une affiche ultérieure indiquera les jours et heures de ces conférences complémentaires.

Clinique des maladies du système nerveux. (M. le Prof. F. Raymond. *Cours complémentaire et pratique de Neuropathologie*, sous la direction du Dr Henry Claude, agrégé, avec le concours et la collaboration de MM. Lejonne, chef de clinique de la Faculté. Dupuy-Dutemps, chef du service ophtalmologique ; Alquier chef des travaux d'anatomie pathologique ; Huet, chef du service d'électrothérapie ; Gellé, chef du service otologique. Le premier cours a commencé le 9 novembre et durera un mois. Il aura lieu tous les jours, excepté les dimanches et fêtes, à 5 heures de l'après-midi, à la Salpêtrière, salle d'examen de la clinique. Les leçons auront un caractère essentiellement pratique : la symptomatologie et le diagnostic seront particulièrement développés et exposés avec présentation de malades. Les pièces anatomiques et les préparations histologiques du laboratoire seront mises à la disposition des auditeurs pour les études anatomo-pathologiques.

Programme du cours. — Séméiologie générale du système nerveux ; Manière d'examiner un malade. Hémiplégie ; Hémorrhagie et ramollissement cérébral. Tumeurs cérébrales. Aphasies. Encéphalopathies infantiles (maladie de Little, hémiplégie infantile). Méningites, hémorrhagies méningées, ponction lombaire Syndrome cérébelleux ; Maladie de Friedreich. Syndromes bulbo-protubérantiels ; Paralysies bulbaires. Myélites aiguës. Paralysie infantile. Sclérose en plaques. Sclérose latérale amyotrophique. Syringomyélie. Tabes ; Scléroses combinées. Compressions de la moelle ; Syndromes de Brown-Sequard et de la queue de cheval. Tuberculose des centres nerveux. Syphilis des centres nerveux. Paralysie générale. Atrophie musculaire progressive ; Atrophies musculaires en général. Myopathies. Polynévrites. Paralysies des plexus ; Névralgies (faciale, sciatique, etc.) Epilepsies. Hystérie. Neurasthénie. Psychoses. Maladie de Parkinson ; Chorée ; Tics ; Tremblements. Examen électrique. Electrothérapie. Examen des oreilles. Examen des yeux. Les dates exactes de chaque leçon seront fixées ultérieurement. — Des certificats d'assiduité pourront être délivrés à la fin du cours aux personnes qui en réclameront. Trois séries de leçons du même genre sont faites tous les ans : la première en novembre et décembre : la seconde en février et mars ; la troisième en mai et juin. Le droit à verser est fixé à 80 francs. Seront admis les docteurs et étudiants français et étrangers, sur la présentation de la quittance du versement du droit. Les bulletins de versement relatifs à ce cours seront délivrés au Secrétariat de la Faculté (Guichet n° 3) les mardis, jeudis, samedis, de midi 3 heures.

Cours de clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale. — M. le Pr Joffroy a commencé le cours de

clinique des maladies mentales le samedi 18 novembre 1905, à 10 heures à l'amphithéâtre de l'Asile clinique (Sainte-Anne), et le continuera les mercredis et samedis suivants, à la même heure. — 1° MM. les Drs Juquelier et Vurpas, chefs de clinique, commenceront un cours théorique de psychiatrie, à l'Asile Sainte-Anne, le samedi 4 novembre 1905, à 10 heures, et le continueront les mardis et jeudis suivants, à la même heure, et les samedis suivants, à 9 h. 1/4, pendant les mois de novembre, décembre et janvier. 2° M. le Dr G. Dumas, chef du laboratoire de psychologie, chargé du cours de psychologie expérimentale à la Faculté des lettres, dirigera les exercices pratiques de psychologie, les dimanches matin à 9 h. 1/2, salle des cours et laboratoire de psychologie).

Un fou qui veut étrangler son interne.

Le *Petit Journal* du 17 octobre raconte le fait suivant : Une scène dramatique s'est déroulée, ce soir, à l'hôpital Saint Pierre à Bruxelles. Un ancien jockey, François Poels, qui avait déjà été interné plusieurs fois, et qu'on supposait guéri, était entré, depuis quelques jours, à l'hôpital, pour une affection de poitrine. Il paraissait fort calme, mais, ce soir, comme l'interne approchait de son lit pour voir comment il allait, Poels, pris d'un accès de folie subite, le saisit à la gorge et chercha à l'étrangler.

Le fou, dont les forces étaient décuplées, aurait certainement réussi dans sa tentative. si des infirmiers et d'autres malades ne s'étaient précipités au secours de l'interne et, après une lutte terrible, n'étaient parvenus à maîtriser le forcené, auquel on a passé la camisole de force. Pendant qu'on le transportait à l'asile d'aliénés de l'hôpital Saint Jean, Poels rompit ses entraves et il fallut le secours de six agents de police pour qu'on pût l'enfermer dans un cabanon.

Folie meurtrière.

A Rivesaltes, un fou qui était revenu de la maison d'aliénés de Limoux, Honoré Espinet, charron, quarante-sept ans, a tué à coups de fusil la veuve Rivais, âgée de soixante-dix ans, et son fils, âgé de trente-sept ans, qui vivaient avec lui. Puis, montant sur la fenêtre du second étage, il blessa à l'épaule, d'un coup du fusil, le marchand de chevaux Tounet, qui passait dans la rue. Enfin, lui-même se suicida avec la même arme. (L'*Aurore* du 19 novembre.)

FAITS DIVERS

Asiles d'aliénés. — *Mouvement de novembre.* — M. le Dr Gilbert-Petit, directeur-médecin à Moulins, nommé médecin en chef à Marseille, en remplacement du Dr Rey, retraité. — M. Alombert-Goget, médecin-adjoint à Bron (Rhône), nommé directeur-médecin à Moulins (Allier). — M. Monestier, médecin-adjoint à Aix (Bouches-du-Rhône), promu médecin en chef dans le même établissement (poste créé). — M. le Dr Dodero, médecin-adjoint à Saint-Ylie (Jura), nommé médecin-adjoint à Bron (Rhône).

Société médicale des asiles d'aliénés de la Seine. — Date de la déclaration : 21 juillet 1905. — Titre et objet : Société médicale des Asiles d'Aliénés de la Seine. Etude des questions relatives à l'assistance des aliénés. Défense des intérêts des médecins des asiles de la Seine. Siège social : 28, rue Serpente, Paris. (*Journal officiel* du 1er août 1905.)

Mariage des épileptiques. — Dans certains cas, le médecin est consulté par des épileptiques au sujet d'un mariage projeté. C'est ainsi que M. G. R., âgé d'une trentaine d'années, épileptique, nous a demandé notre avis. Tout en déconseillant le mariage, étant donné qu'il n'a que des accès rares, nous lui avons déclaré que s'il persistait dans ses intentions matrimoniales, il *devait* prévenir la femme très nettement et la choisir *hors d'enfant.*

Nécrologie. — Nous avons le très vif regret d'annoncer la mort, survenue le 3 novembre, à Paris, de notre vénéré confrère le Dr Charles Sizaret. Né le 21 avril 1834 à Nancy, prix de thèse de docteur en médecine à Strasbourg en 1859, il fut successivement interne de Morel à Maréville, sous-aide à l'hôpital militaire de Nancy, prosecteur d'anatomie à l'école de Nancy, médecin-adjoint de l'asile d'aliénés d'Auxerre en 1865 ; puis adjoint de Morel à Saint-Yon ; médecin préposé responsable à Pontorson, directeur-médecin à Dôle (Jura), à Fains (Meuse), médecin en chef à Maréville ; enfin, à Clermont (Oise), où il prit sa retraite en 1895. Il se retira à Pontorson (Manche), où il reprit le service des aliénés du quartier d'hospice comme médecin en chef. M. Sizaret était membre correspondant de la Société médico-psychologique.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

VIENT DE PARAITRE
EN VENTE AU BUREAU DU *PROGRÈS MÉDICAL*
14, rue des Carmes.

Bourneville. — Les enfants anormaux au point de vue intel-

lectuel et moral. In-18 de 24 pages. Prix : Pour nos abonnés (franco).. 0,50

BOURNEVILLE. — Traitement médico-pédagogique des idioties les plus graves. (Bicêtre, Fondation Vallée, Institut médico-pédagogique). Communication au Congrès de Rennes. In-8° de 32 pages, avec 22 figures. Prix : 1 fr. Pour nos abonnés. Prix 0.75

PAILHAS (B.). — Balnéation et hydrothérapie dans le traitement des maladies mentales. Rapport présenté au Congrès des médecins aliénistes et neurologistes tenu à Rennes du 1er au 7 août 1905. 1 vol. In-8° de 150 pages. Prix : Pour nos abonnés (franco).. 1 fr. 50

VIGOUROUX et LAIGNEL-LAVASTINE. — *Les scléroses combinées médullaires des paralytiques généraux*. In-8° de 34 pages. Extrait de la *Nouvelle Iconog. de la Salpêtrière*. Librairie Masson, 120, boulevard Saint-Germain.

Le rédacteur-gérant : BOURNEVILLE.

Clermont (Oise). — Imprimerie Daix frères.

TABLE DES MATIÈRES

Abcès extra-dure-mérien spontanément ouvert à l'extérieur ; par Lannois, p. 399.
Absinthe, p. 413.
Acromégalie. Voir *Sang*.
Affections cérébro-spinales. Voir *troubles pupillaires*. Analyse de quelques cas d'— cérébrales, par Fedorow, p. 316.
Albumino-diagnostic, par A. Marie et Viollet, p. 205.
Alcoolisme. Voir *Aliénés*.
Aliénés. Les — par alcoolisme en Savoie, par Dumas et Levet, p. 71. — incendiaire, p. 78. — Voir *Onde musculaire*. — en liberté, p. 159, 252, 412. — Voir *Sérum marin*. — Voir *Traitement*. — parricide, p. 254. — Voir *Paralysie générale*. Une tentative d'analyse psychologique de travaux manuels des —, par Toporkoff, p. 485.
Altérations médullaires. Sur la pathogénie des — — survenant au cours du mal de Pott, par Rossi, p. 417.
Amaurose tabétique. Voir *Rétine*.
Ambidextérité, p. 77.
Amputés. Voir *Hallucinations*.
Anomalies congénitales, par atrophie numérique, par Klippel, p. 133. Les — mentales chez les écoliers, par J. Philippe et Paul Boncour, p. 403.
Aphasie amnésique, par Haliprè, p. 401.
Art. L'— d'alimenter les malades et les convalescents, par Cornet, p. 247.
Asiles d'aliénés. Voir *Personnel médical*. — Voir *Rapport médical*. — Voir *Personnel médical*. — de Lesvellec, places d'internes vacantes, p. 79, 414. — de Naugeat, place d'interne vacante, p. 79. — de France. Concours pour les médecins adjoints des —. Fixation du nombre des médecins dans les — — : par Bourneville, p. 105. — —, mouvement de juin 1905, p. 160. — — de la Roche-Gandon à Mayenne, p. 160. — — de Clermont (Oise), p. 160. — — laïques, p. 160. Un concert à l'— — de Clermont, p. 255. — — Mouvement dans le personnel médical, p. 335. Les — — aux colonies, p. 335. — — départemental de la Haute-Vienne, p. 414. — — de Bordeaux. Concours de l'Internat, p. 415. — — Voir *Tuberculose*. L'organisation du service médical et scientifique dans nos — — et l'initiative privée, par le Dr Lentz, p. 486. — — Mouvement de novembre, p. 501.
Assistance des enfants arriérés. Voir *Personnel médical*. — des épileptiques, p. 79. — des aliénés. Voir *Congrès*. — et traitement des enfants arriérés, suicide manqué, p. 252. — et traitement médico-pédagogique des idiots et épileptiques, p. 334. Aperçu de l'— familiale des aliénés en quelques pays de l'Europe occidentale, par Wyroubow, p. 486.
Ataxiques. L'incoordination des muscles de la respiration chez les — et son traitement, par Faure, p. 235.
Athéromateux. Voir *Parésie*.
Atrophie musculaire. Voir *Thomsen*. — numérique. Voir *Anomalies congénitales*. — musculaire du type Aran-Duchenne d'origine syphilitique, par Lannois, p. 243. — mus-

culaire. Voir *Myotonie.* — musculaire et bradycardie, par Lépine et Froment, p. 399. Deux cas d'atrophies musculaires, par Lépine et Froment, p. 399. — musculaires névritiques, par Lépine et Porot, p. 400.

Babinski. Voir *Sclérose.*
Balnéation et hydrothérapie dans les maladies mentales, par Pailhas, p. 209. — et gâtisme volontaire, par Manheimer-Gommès, p. 226.
Bandelettes optiques. Les — — dans le tabes avec cécité, par P. Marie et Léri, p. 53.
Basedow. Syndrome de — chez une goitreuse, par Laignel-Lavastine et Thaon p. 491.
Belhomme. Voir *Prix.*
Blondlot. Contribution matérielle à l'étude des rayons — et Charpentier, par Nikitine, p. 39.
Bradycardie. Voir *Atrophie musculaire.*
Bromure. Voir *Epilepsie.*
Bulbe. Voir *Pseudomélie.* Des noyaux arciformes et des olives accessoires surnuméraires du — par Volpi-Gtirardini, p. 123.

Caisse des pensions. Avantages et désavantage de la — —, par le Dr Maere.
Cajal. Voir *Ramon.*
Cancer. Etude sur le — secondaire du cerveau, du cervelet et de la moelle, par Gallavardin et Varay, p. 483.
Carcinome secondaire des centres nerveux avec présentation de pièces, par Sabrazès, p. 206. Deux cas de — secondaire des centres nerveux, par Sabrazès et Bonnes, p. 244.
Catatonie. Voir *Chorée.*
Cécité. Voir *Bandelettes optiques.* — verbale pure avec hémianopsie homonyme latérale droite. Persistance de la sensation de lumière brute dans le champ droit, par Lévy et Faguet, p. 54. — psychique fonctionnelle, par Van Vleuten, p. 317.
Cellules nerveuses. Voir *Nissl.* Nouvelle méthode de coloration des — — et leurs canalicules séreux, par Passek, p. 115. — hématomacrophages, par Sabrazès et Muratet, p. 244.
Cérébrine. Voir *Poehl.*
Cerveau. Voir *Lésions.* Contribution à l'étude des idées régnantes au XVI[e] siècle sur les fonctions du —, par Mme Lipinska, p. 242. Note sur les concrétions calcaires dans le —, par Guinio Catola, p. 316. — Voir *Cancer.*
Cervelet. Voir *Eléments nerveux.* — Voir *Lésions.* — Voir *Cancer.*
Charpentier. Voir *Rayons.*
Chéiromégalie. Voir *Syringomyélie.*
Cholémie et mélancolie, par Cololian, p. 97, 356.
Chorée et catatonie, par Achard, p. 54.
Circulaire du Ministre de l'Intérieur à messieurs les Préfets concernant les médecins adjoints, p. 333.
Cirrhose latente. Voir *Pachyméningite.*
Cœnesthésie. Voir *Délire.*
Coloration. Voir *Nissl.* —. Voir *Fibres nerveuses.* —. —. Voir *Ramon.* —. Voir *Cellules nerveuses.*
Commotion médullaire. Paralysie des membres supérieurs, intégrité des membres inférieurs, par Thomas et Leenhardt, p. 491.
Compte rendu. Voir *Recherches cliniques et thérapeutiques.*
Concours de l'adjuvat des asiles, par Dide, p. 234. Vœu soumis au Congrès pour le maintien du — de l'adjuvat des asiles d'aliénés : adoption, p. 303. — public pour la nomination à une place de médecin adjoint du service des aliénés dans les hospices de Bicêtre et de la Salpêtrière, p. 409.

Concrétions calcaires. Voir *Cerveau.*
Confusion mentale. Voir *Otite suppurée.*
Congrès. XVe — des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française, p. 78, 155. — international de l'assistance des aliénés, p. 156. — XVe français des médecins aliénistes et neurologistes, tenu à Rennes du 1er au 7 août 1905, par Roy, p. 164. Premier — belge de neurologie et de psychiatrie, p. 250, 369.
Contractions. Voir *Paralysie.*
Contracture faciale. Voir *Onde musculaire.*
Craniectomie. Présentation de pièces anatomiques, par Marie et Barban, p. 490.
Crétinisme. Sur l'étiologie du — et du myxœdème, par lésion de la glande thyroïde, par Bayo, p. 481.
Crise d'épilepsie. Note sur le traitement de la — —, par Sizaret, p. 226.
Cyto-diagnostic. Voir *Ponction lombaire.* Le — — du liquide cérébro-spinal, par Schœnborn, p. 109.

Déchloruration. Voir *Epilepsie.*
Déformations séniles du squelette simulant la maladie de Paget, par Mocquot et Montier, p. 401.
Délire. Sur un cas de — métabolique à base hypochondriaque, par Deny et Camus, p. 183. Remarques sur les — du « parasitiférisme », appuyées sur cinq observations inédites, par Leroy, p. 184. Sur un cas de — métabolique de la personnalité lié à des troubles de la cœnesthésie par Deny et Camus, p. 257. — de persécution systématisée curable chez un alcoolique, par Olivier, p. 489.
Démence précoce par Ballet, p. 52. — épileptique, par Bourneville, p. 206, 337. Diagnostic de la — précoce à forme paranoïde et des psychoses à base d'interprétations délirantes sans évolution démentielle, par Durocher et Leborgne, p. 228. — —. Voir *Signes oculaires.* —. Voir *Sérum sanguin.* Contribution à l'étude de la démence précoce, par Stransky, p. 386. Contribution à l'interprétation de certains symptômes de la — précoce, par Stransky, p. 386. Contribution à l'étude du terme de — sejunctiva, par Gross, p. 386. De l'état des réflexes musculaires et autres de la face dans la — paralytique, par Bechterew, p. 387. — précoce ancienne, par Weygandt, p. 388. Deux cas de — précoce avec autopsie et examen histologique, par Doutrebente et Marchand, p. 489.

Déments catatoniques. Voir *ulcérations.* Observation d'un — précoce avec autopsie, par Legrain et Vigouroux, p. 488.
Dermato-psychies. Pseudo-œdème, érythème polymorphe, purpura, gangrènes superficielles symétriques, par Dide, p. 112.
Dessins. Voir *Maladies nerveuses.*
Distinctions honorifiques, p. 335.
Dressage. Psychologie du — ; l'exploitation des réflexes pour dominer l'adversaire, par Guenon, p. 141.

Ecoliers. Voir *Anomalies mentales.*
Ecorce du cervelet. Voir *Eléments nerveux.*
Ectopie cérébelleuse, par Alquier, p. 492.
Ecrits. Voir *Maladies nerveuses.*
Ecriture. Voir *Troubles.*
Eléments nerveux. La forme des — — de l'écorce du cer-

velet de divers vertébrés, par Gurewitsch, p. 45.
Encéphale. Voir *Tétanie*.
Enfants arriérés. Voir *Assistance*.
Epilepsie. Du régime hypoazoté dans l'— (éliminations urinaires et résultats thérapeutiques), par Jules Voisin, Roger Voisin et Norero, p. 51. Nouvelle contribution au traitement diététique de l'—, par Balint, p. 112. — jacksonienne héréditaire, par Déjerine, Leenhardt et Moréro, p. 131. — Voir *Crise*. — Voir *Folie*. — et *Sorcellerie*, p. 255. Nouvelles recherches chimiques sur l'—, par Masoin, p. 320. Recherches microbiennes sur l'—, par Bra, p. 468. — Bromure et déchloruration, par Thomas, p. 490.
Epileptiques. Voir *Assistance*. De la nature et de la spécificité des substances toxiques contenues dans le sérum sanguin des —, par Ceni, p. 126. Un — en correctionnelle, p. 413. —. Voir *Mariage*.
Epithélioma. Voir *Moelle*.
Ereuthose émotive conjonctivale, par Manheimer-Gommès, p. 203.
Erythème polymorphe. Voir *Dermato-psychies*.
Esquirol. Voir *Prix*.
Extatique. Voir *Obsédé*.

Facultés mentales. Voir *Système nerveux*.
Faisceau longitudinal inférieur, par Archambault, p. 492.
Fatigue. La — suggérée, par Vergnolle, p. 380.
Fibres nerveuses. — Contribution à la méthode de coloration des — — du système nerveux central, par Katzowsky, 114.
Folie de la persécution. Voir *Hypochondriaques*. — intermittentes et épilepsie. Drame de la —, p. 253. — meurtrière, p. 502.
Force nerveuse. Des modifications que subit la — — relativement à l'état de santé des sujets, par Joire, p. 138. — centrifuge. Influence de la — — sur la perception de la verticale, par Bourdon, p. 202.
Fou. Un — qui résiste à la gendarmerie depuis huit jours, p. 77, 252. Un — brulé vif, p. 78. Les exploits d'un —, 150. — étranglé dans sa cellule. Suicide d'un fou, p. 336. Un — qui veut étrangler son interne, p. 501.
Friedreich. Maladie de — et hérédo-ataxie cérébelleuse, par Raymond, p. 313.

Galvanisation cérébrale. — Signification thérapeutique et clinique, par Foveau de Courmelles, p. 202.
Gangrènes superficielles symétriques. Voir *Dermato-psychies*.
Gastrite hystérique. Un cas de — — traitée par la psychothérapie, par Mme Lipinska, p. 233.
Géants. Etudes biologiques sur les —, par Launois et Roy, p. 405.
Gigantisme. Voir *Sang*.
Glande thyroïde. Voir *Crétinisme*.
Goitreuse. Voir *Basedow*.
Graphologie. La — et la médecine, par Boucard, p. 136.
Grimace. La —, par Bloch, p. 140.

Hallucinations. Voir *Hypocondriaque*. Origine périphérique des — des amputés, par Souques et Poisot, p. 492.
Hématomyélie, par Raymond et Guillain, p. 133.
Hémianopsie. Voir *Cécité*.
Hémiplégie intermittente d'origine albuminurique chez une fillette, par Manheimer-Gommès, p. 203, 234.
Hémispasme facial périphérique post-paralytique, par Cruchet, p. 186.
Hémorrhagies intra-pulmonaires. Voir *pachyméningite*.

Hérédo-ataxie cérébelleuse. Voir *Friedreich*. Sur l'anatomie pathologique d'une forme d'— — cérébelleuse, par Rydel, p. 315. — — cérébelleuse, par Marie et Léri, p. 491.
Hermophényl. Voir *Syphilis*.
Hoquet. Voir *Suggestion*.
Hyperexcitabilité électrique du nerf facial, par Babinski, p. 490.
Hydrothérapie. Voir *Balnéation*.
Hypnocyanotrope. Voir *Lumière colorée*.
Hypnose spirite, par Demonchy, p. 136.
Hypnotisme. L'— et le prétendu magnétisme humain, par Favre, p. 136. —. Voir *Perversion sexuelle*. Le terrain dans les expériences d'— , par Delius, p. 141. L'— chez les animaux, par Lépinay et Grollet.
Hypochondriaque. Voir *Délire*. Préoccupations — avec hallucinations obsédantes de l'ouïe ou de l'odorat, par Leroy, p. 184. Les convictions délirantes — dans la folie de la persécution, par Leroy, p. 185.
Hypochondrie et lésions organiques latentes, par Vigouroux et Collet, p. 134. De l'—, par P. Roy, p. 166.
Hypotrophie d'origine hérédo-bacillaire, par Claude et Lejonne, p. 491.
Hystérie. Un cas d'— simulant la sclérose en plaques et la syringomyélie, par Parhon et Goldstein, p. 239.
Hystérique. Voir *Troubles vasomoteurs*.

Idiote. Voir *Lésions du cerveau*.
Idiotie. Voir *Traitement médico-pédagogique*. Un cas d'— amaurotique héréditaire, par Jame Burnet, p. 389.
Immobilité pupillaire. — Contribution à la connaissance de l'— — hémianopsique, par Friedlœnder et Kempner, p. 118. —. Voir *Pupilles*. Contribution à la question de la genèse du myosis dans l'—, par Heddœus, p. 119.
Impulsions sexuelles. Voir *Psychothérapie*.
Infections aiguës. Les psychoses des — —, par Régis, p. 268.
Injections d'hermophényl. V. *Syphilis*.

Japon. La leçon psychologique et morale du —, par Récamey, p. 142.
Journal. Nouveau —, p. 79.

Kernig. Le signe de — dans la paralysie générale, par Darcanne, p. 200.
Kleptomanie. Voir *Traitement psychomécanique*.
Klikouschestwo. Contribution à la question du — (genre de possession russe) par Nikitine, p. 157.
Krœplin. La direction des investigations dans les travaux de psychologie de —, par Weygandt, p. 40.

Lecture. Voir *Troubles*. — Voir *Tic*.
Lésions du cerveau et du cervelet chez une idiote aveugle-née, par Giraud p. 241.
Liquide cérébro-spinal. Voir *Cyto-diagnostic*. Résultats de l'examen du — cérébro-spinal, par Merzbacher, p. 108.
Lumière colorée et hypnocyanotrope par Farez, p. 379.

Maisons de santé pour malades payants du D[r] Thomsen à Bonn et du D[r] Ehrenwald à Ahrweiler, par Maere, p. 487.
Maladies. Prévention des — nerveuses ou mentales dans l'armée par Granjux, p. 188. — mentales. Voir *Balnéation*. Essai de classification des — mentales par Dide,

p. 230. Le travail dans la thérapeutique des — mentales, par Cuylitz, p. 372. Critique de l'article de Zichen intitulé : De quelques lacunes et difficultés relatives au groupement des — mentales, par Nissl, p. 388. Les écrits et les dessins dans les — nerveuses et mentales, par Rogues de Fursac, p. 492.
Marche. Voir *Muscles.*
Marchi. Remarques sur les noircissures artificielles qui surviennent dans la méthode de coloration de —, par Stransky, p. 44. Les sources d'erreur de la méthode de —, par Spielmeyer, p. 44.
Mariage des épileptiques, p. 502.
Médecins. Fixation du nombre des — dans les asiles d'aliénés, par Bourneville, p. 104. — adjoints, voir *Circulaire.* Projet d'un concours spécial pour les — des asiles d'aliénés de la Seine, p. 336.
Mélancolie. Voir *Cholémie.*
Méningite syphilitique. Voir *Tabes.* — scléro-gommeuse. Voir *Paralysie générale.* — chronique chez un héréditaire dégénéré, par Doutrebente et Marchand, p. 204. Des — à évolution insidieuse comme cause d'aliénation mentale, par Marchand, p. 332.
Méningo-encéphalite syphilitique avec épilepsie Jacksonnienne et perte du sens stéréognostique, par Sniker, p. 316.
Méthode socratique dans l'éducation scientifique, par Demonchy, p. 142. Les — de rééducation en thérapeutique (rééducation psychique motrice, sensorielle et organique), par Contet, p. 147.
Migraine. Contribution à l'étude de la — ophtalmoplégique, par Leclézio, p. 495.
Moelle. Voir *Pseudomélie.* Contribution à la question de la régénération de la —, par Bikelès, p. 48. Contribution à la connaissance de la dissociation thermique et de la sensation algique dans les blessures et affections de la —, par Piltz p. 124. Epithélioma de la —, cytodiagnostic, par Léri et Cathala, p. 133. — Voir *Cancer.*
Mongolisme. Voir *Myxœdème infantile.* Du —, par Weygandt p. 478.
Moreau (de Tours). Voir *Prix.*
Morphinisme familial par contagion, par Briand et Tissot, p. 1.
Muscles. Voir *Ataxiques.* — Voir *Spasmes.* Rôle des — spinaux dans la marche normale chez l'homme, par Lamy, p. 396.
Mutisme chez un dégénéré datant de seize mois. Guérison par la suggestion, par Lannois et Feuillade, p. 398.
Myéline. Une nouvelle méthode de coloration des gaines de —, par Frœnkel, p. 49.
Myélites par toxines tuberculeuses, par Clément, p. 393.
Myokymie. Contribution à la casuistique de la —, par Meinertz, p. 128.
Myopathie. Un cas de — avec rétraction, examen anatomique, par Cestan et Lejonne, p. 323. — avec spasmes localisés, par Lannois, p. 378.
Myosis. Voir *Immobilité pupillaire.*
Myotonie. Voir *Onde musculaire.* — avec atrophie musculaire, par Lannois, p. 312.
Mystique. Tentative de suicide chez un — par introduction d'un corps étranger dans l'œsophage, par Azémar, p. 135.
Myxœdème. Parallèle du — infantile et du mongolisme, par Bourneville, p. 206. — Voir *Crétinisme.*

Nécrologie, p. 415, 496, 502.
Nerfs crâniens et rachidiens Voir *Noyaux.* — crâniens. Voir *Paralysie.* — facial. Voir *Hyperexcitabilité.*

NEURASTHÉNIE. Les —, par Godlewski, p. 70.
NEUROLOGIE. Enseignement de la — et de la psychiâtrie. Clinique des maladies du système nerveux par Raymond, p. 499.
NEURONAL. Recherches sur le —, par A. Marie, Pelletier et Viollet, p. 206.
NÉVRALGIE. Traitement de la — faciale rebelle, par Ostwalt, p. 483. Etude clinique et essai de classification des — intercostales, par Boutin, p. 495.
NÉVRAXOLOGIE et névraxopathologie, par Heldenbergh, p. 38.
NÉVRAXOPATHOLOGIE. Voir *Névraxologie*.
NÉVRITE radiculaire cervicale et dorsale supérieure, par Déjérine, Leenhardt et Morero, p. 54. Le syndrome de la — ascendante, par Sicard, p. 190.
NÉVROSE. Considérations sur l'étiologie et la pathogénie de la — traumatique, par Francotte, p. 321.
NISSL. Une variante dans la méthode de coloration des cellules nerveuses de —, par Plewnitzki, p. 113.
NOIRCISSURES ARTIFICIELLES. Voir *Marchi*.
NOYAU lenticulaire. Voir *Pseudomélie*. — arciformes. Voir *Bulbe*. Nouvelle contribution à l'étude des localisations dans les — des nerfs crâniens et rachidiens, chez l'homme et chez le chien, par Parhon et Nadejde, p. 241.

OBSÉDÉ ayant l'apparence d'un extatique, par Ballet et Faguet, p. 131.
OLIVES accessoires. Voir *Bulbe*.
ONANISME. Des signes extérieurs de l'— habituel chez les garçons, par de Bechterew, p. 389.
ONDE MUSCULAIRE. Contribution à la question de l'— chez les aliénés, par Tzariégradski, p. 128. Contribution à la valeur clinique de l'—, par Iwanow, p. 128. De l'— dans la myotonie, par Bechterew, p, 128. Contribution casuistique à la contracture faciale tonique primitive avec — —, par Vitek, p. 128.
ONTOGENÈSE. Les phénomènes de conscience dans l'—, par Lahy, p. 280.
OPÉRATIONS CORTICALES. Contribution à la définition de la mise en train ou de la continuation des —, par Vogt, p. 324.
OPHTALMOPLÉGIE et tremblement, par Brissaud et Moutier, p. 55.
OSTÉOPATHIE rhumatismale, par Guillain et Baudoin, p. 133.
OSTÉO-ARTHROPATHIES tabétiques, par Raymond et Guillain, p. 133. — syphilitiques, par Guillain et Hamel, p. 133.
OTITE. Confusion mentale et — suppurée, par Roy et Guisez, p. 135. — ib. — par Picqué, p. 487.

PACHYMÉNINGITE hémorrhagique compliquée d'hémorragies intra-pulmonaires chez un alcoolique porteur d'une cirrhose latente, par Heitz, p. 318.
PAGET. Voir *Déformation*.
PAPILLE. De la pathogénie de la — étranglée, par Sænger, p. 123. Contribution à la question de la nature de la — étranglée, par Adamkiewicz, p. 123.
PARALYSIE. Un phénomène reflexe original observé sur les extrémités dans les — centrales organiques, par Bechterew, p. 40. — alterne bulbo-protubérantielle, par Souques. Contractions associées paradoxales dans une ancienne — faciale, par Lamy, p. 53. — générale et syphilis cérébrale diffuse, par Dupré et Devaux, p. 53. Suppuration et rémission dans la — générale, par A. Marie,

p. 55. Suppurations et rémissions dans la — générale, par Marie et Violet, p. 134. Un cas de — spinale aiguë de l'adulte à forme monoplégique, par Castex, p. 198. — générale. Voir *Kernig*. — générale tardive. Méningite scléro-gommeuse du lobule paracentral droit, par Doutrebente, Marchand et Olivier, p. 203. Contribution à l'étude de la — myasthénique, par de Léon, p. 314. — des nerfs crâniens d'un côté et déformations osseuses multiples d'origine probablement hérédo-syphilitique tardive, par Rose, p. 314. — générale et syphilis, par Marchand, p. 331. Leçon sur la — générale, par Raymond, p. 380. Essai de recherches médico-statistiques sur 900 cas de — générale des aliénés, par Diedow, p. 385. —. Voir *Commotion médullaire*.

PARALYTIQUES généraux. Voir *Troubles*. — général. Voir *Thrombo-plébite*.

PARAPLÉGIE flasco-spasmodique pottique, par Dupré et Camus, p. 138. — flasque avec exagération des réflexes rotuliens et trépidation épileptoïde (examen histologique), par Lannois et Porot, p. 395.

PARÉSIE spasmodique des athéromateux, par Dupré et Lemaire, p. 132.

PARKINSON. Voir *Scopolamine*. Maladie de —, par Raymond, p. 130.

PAROLE. Voir *Troubles*. —, Voir *Tic*.

PHÉNOMÈNE. Voir *Paralysie*. — Voir *Spino-musculaire*. — myotoniques. Voir *Tétanie*. Sur l'étiologie des — vitaux, p. 242. Les — de conscience. Voir *Ontogenèse*.

PHOBIE. La — du regard, par Bechterew, p. 11. — alimentaire datant de cinq ans, traitée avec succès par la suggestion hypnotique, par J. Voisin, p. 141. — Voir *Tic*.

PELLAGRO TYPHUS, par Sacconaghi, p. 319.

PERCEPTION STÉRÉOGNOSTIQUE, p. 255.

PERSONNEL médical. Sur le — — dans les asiles publics d'aliénés, par Lagriffe, p. 81. Le — — et secondaire des asiles. Assistance des enfants arriérés, par Meilhon, p. 75. — — des asiles d'aliénés, par Dubourdieu, p. 150. — — secondaire des asiles, par Marandon de Montyel, p. 153. — secondaire des asiles, par Dubourdieu, p. 158. — médical. Concours de l'adjuvat, par Bourneville, p. 247. — médical. Asile Saint-Robert, p. 334.

PEUR. Pédagogie clinique, l'éducation de la — et le traitement psychologique de la pusillanimité, par Bérillon, p. 142.

PERVERSIONS SEXUELLES, par Viollet, p. 56. Deux cas de — — causée par des difformités acquises des organes génitaux, par Violet, p. 186. — — guérie par l'hypnotisme, par Loyd Tuckey, p. 139.

PLEXUS. Morphologie et constitution du — brachial chez le nouveau-né, par Porot, p. 238.

POEHL. Recherches expérimentales relatives à l'influence sur la circulation cérébrale de la cérébrine de —, par Pousseyre, p. 111.

POLIOMYÉLITE antérieure chronique et syringomyélie, par Rossolimo, p. 317. Un cas de — antérieure aiguë de l'adulte avec lésions médullaires en foyers, par Léri et Wilson, p. 323.

PONCTION LOMBAIRE et le cytodiagnostic, par Devaux, p. 108. L'importance de la — — pour la psychiâtrie, par Nissl, p. 108. La —, par Pichenot et Castin, p. 206. La — —, par de Buck, p. 374.

POTT. Mal de —. Voir *Altérations médullaires*.

PRIX Belhomme, par Chaslin,

p. 134. — Esquirol, par Antheaume, p. 134. — Moreau (de Tours), par Pactet, p. 134.
PSEUDOMÉLIE PARESTHÉSIQUE. La — — symptomatique d'une lésion de la portion cervicale de la moelle et du segment inférieur du bulbe, par Ostankow, p. 43. — — symptomatique du noyau lenticulaire, par Bechterew, p. 43.
PSEUDO-ŒDÈME. Voir *Dermato-psychies*.
PSYCHIATRIE. Voir *Neurologie*.
PSYCHOSES POLYNÉVRITIQUES, par Knapp, p. 407.
PSYCHOTHÉRAPIE. Importance de la — dans le traitement des impulsions sexuelles, par Berillon, p. 138. —. Voir *Gastrite hystérique*.
PUÉRILISME. Le — démentiel sénile, par Dupré, p. 393.
PUPILLES. De l'inertie congénitale des —, par Reichardt, p. 117. Quel est l'état de la — dans l'immobilité réflexe typique des —, par Bach, p. 119. —. Voir *Immobilité pupillaire*.
PURPURA. Voir *Dermato-psychies*. Deux cas de — à topographie radiculaire, par Armand-Delille, p. 131.

QUEUE DE CHEVAL. Sur un cas de lésion de la — — par tuberculose sacrée, par Rossi, p. 81.

RAGE. La — est une folie infectieuse, par Pierret, p. 206.
RAMON. Nouvelle méthode de coloration des fibrilles de — y Cajal, par Lenhossek, p. 114.
RAPPORT MÉDICAL et compte rendu administratif de l'asile d'aliénés de Quimper, par Meilhon, p. 56. — — et compte rendu administratif de l'exercice 1904 de l'asile de Dury-les-Amiens (Somme) par Charron, p. 58. — — sur l'asile d'aliénés de St-Yon (Seine-Inférieure), pour l'année 1904, par Giraud, Pochon et Brunet, p. 142. — sur le service des aliénés du département de la Seine pendant l'année 1903, par Leroy, p. 146. — et administratif de l'asile départemental de Bonneval (Eure-et-Loir), pour 1903, par Dericq, p. 146. — — de l'asile d'aliénés de Rennes pendant l'année 1904, par Sizaret, p. 326. — — sur l'asile public d'aliénés de Saint-Robert (Isère), pour l'année 1904, par Dubourdieu, p. 329.
RAYNAUD. Voir *Sclérodermie*.
RAYONS. Voir *Blondlot*. — N. Au sujet de l'article de Kotik sur la lecture des pensées et les — —, par Raïmiste, p. 326.
RECHERCHES CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES sur l'épilepsie, l'hystérie et l'idiotie. Compte rendu de l'asile-école de Bicêtre pour 1903, par Bourneville, p. 60.
RÉFLEXE. Voir *Paralysie*. Nouveau — de la face, par Fuchs, p. 41. Du — lombo-fémoral, par Bechterew, p. 41. Les — des segments éloignés des extrémités supérieures et leur signification diagnostique, par Bechterew, p. 42. Recherches sur le temps perdu du — rotulien, par Castex, p. 197. Le — patellaire est indépendant de la surface du percuteur, par Castex, p. 199. —. Voir *Démence paralytique*. — rotuliens. Voir *Paraplégie*.
REGARD. Voir *Phobie*.
RÉTINE. Etude de la — dans l'amaurose tabétique, par Léri, p. 315.
RHINO-PHARYNX. Voir *Troubles*.
RHUMATISME CHRONIQUE, par Gauckler, p. 492.

SANG. Le — dans l'acromégalie et le gigantisme, par P. Marie, p. 464.
SCLÉRODERMIE et maladie de Raynaud. Examen radiographique, par Nicolas et Favre, p. 398.

Sclérose en plaques infantiles, 55. — latérale amyotrophique, par Moutier et Grasset, par Raymond et Baudoin, p. p. 133. — en plaques. Voir *Syringomyélie*. — médullaire, transverse, segmentaire, dorso-lombaire gauche, métatraumatique. Forme clinique curable, par Revilliod, p. 397. — en plaques fruste ou syndrome cérébelleux de Babinski, par Scherb, p. 397.
Scopolamine dans la maladie de Parkinson, par Roussy, p. 55.
Sens stéréognostique. Voir *Méningo-encéphalite*. — de la douleur, par Mlle Yoteyko, p. 370.
Sensation algique. Voir *Moelle*.
Sérum sanguin. Voir *Epileptiques*. Application du — marin dans le traitement des aliénés, par A. Marie, p. 205. Sur quelques propriétés du — sanguin dans la démence précoce, disette d'alexine, présence de sensibilisatrices microbiennes, par Dide et Sacquépée, p. 232.
Signes oculaires dans la démence précoce, par Dide et Assicot, p. 231.
Simulateurs. Les bons et les mauvais -- dans les accidents du travail, par Courtault, p. 137.
Simulation. La — envisagée comme fait de parasitisme social, par Bérillon, p. 379. Note sur le rôle pathogène de la simulation, par Féré. p. 389.
Sommeil. La conscience du —, par Demonchy, p. 142.
Spasmes. Association des — organique et fonctionnel, par Babinski, p. 132. —, par Lamy, p. 132. — bi-latéral des muscles du cou et de la face, par Gaussel, p. 315. Contribution à la symptomatologie du — salutatoire (Epilepsia nutans), par Decroly, p. 318. — Voir *Myopathie*.
Sphincters. Voir *Tics*.
Spino-musculaire. Nouveau phénomène — — chez les gens normaux, par Mac Carthy, p. 41.
Squelette. Voir *Déformation*.
Substances toxiques. Voir *Epileptiques*.
Suggestion. Hoquet tenace guéri par la —, par Feuillade, p. 137. La — musicale, par Pamart, p. 138. — pendant le sommeil naturel, par Rombotis, p. 138. —. Voir *phobie alimentaire*. Action de la — dans la menstruation, par Delius, p. 141. La — de l'uniforme et des insignes militaires, par Lux, p. 142. — Voir *Mutisme*.
Suicide simultané de deux jumelles, p. 412.
Surdité verbale familiale congénitale, par Taguet et Foy, p. 131.
Syphilis cérébrale. Voir *Paralysie générale*. — cérébrale et injections d'hermophényl, par Roque et Corneloup, p. 484.
Syringomyélie. Voir *Hystérie*. Une observation de — avec chéiromégalie, par Schlittenhelm, p. 316. — Voir *Poliomyélite*. Histologie pathologique et pathogénie de la — par Thomas et Hauser, p. 322.
Système nerveux. Voir *Fibres*. Les relations du -- avec les facultés mentales, par Kronthal, p. 117.

Tabes supérieur et méningite syphilitique basilaire, par Souques et Vincent, p. 52. — et maux perforants, par P. Marie, p. 53. — Voir *Bandelettes optiques*. — cervical chez un enfant de quinze ans par Déjerine, Morero et Leenhardt, p. 54. Mouvements involontaires stéréotypés des doigts s'organisant en tic dans le — par Sabrazès, p. 207.
Technique sphygmographique, par Vaschide, p. 326.
Tétanie. Nouvelle contribution à l'anatomie pathologique de la —, étude clinique

des vaisseaux de l'encéphale calcifiés, par Pick, p. 122. — accompagnée de phénomènes myotoniques, par Foss, p. 122.

Thomsen. Atrophie musculaire avec réactions électriques de la maladie de —, par Lortat-Jacob et Thaon, p. 132.

Thrombo-phlébite du sinus longitudinal supérieur chez un paralytique général, par Lannois et Jambon, p. 394.

Tic hystérique, par Pitres et Cruchet, p. 185. — des sphincters, par Meige, p. 229. — avec phobie de la parole et de la lecture, par Ballet et Faguet, p. 491.

Toxines tuberculeuses. Voir *Myélites.*

Trac. Le — par asynergie des images mentales, par Farez, p. 140.

Traitement médico-pédagogique des différentes formes de l'idiotie, par Bourneville, p. 206. — diététique. Voir *Épilepsie.* Le — des aliénés dans les familles, par Ch. Féré, p. 245. — psychomécanique de la kleptomanie, par Bertillon et Pamart, p. 378.

Transferts d'aliénés, p. 411.

Traqueur. Un ancien — premier prix du Conservatoire, par Farez, p. 378.

Tremblement congénital et dégénérescence pathologie comparée, par Raymond et Thaon, p. 53. — et ophtalmoplégie. Observation de — hystérique.

Trépidation épileptoïde. Voir *Paraplégie.*

Troubles pupillaires. Valeur séméiologique des — dans les affections cérébro-spinales, par Jocqs, p. 187. Une observation de — mentaux liés à l'existence de lésions chroniques du rhino-pharynx, par Royet et Rousset, p. 226. Observation de — mélancoliques d'origine rhino-pharyngienne, par Rozet, p. 234. — vasomoteurs chez une hystérique, par Génévrier p. 213. Des — de la lecture, de la parole et de l'écriture chez les paralytiques généraux, par Joffroy, p. 384.

Tuberculose. Voir *Queue de cheval.* De la nécessité de lutter contre la — dans les asiles d'aliénés, par Toporkow, p. 486.

Tumeurs. Diagnostic des — cérébrales, par Cestan, p. 492.

Ulcérations trophiques chez deux déments catatoniques, par Trepsat, p. 384.

Vertige. Observation de —, par Régis, p. 234.

Ziehen. Voir *Maladies mentales.*

TABLE DES AUTEURS ET DES COLLABORATEURS

Achard, 54.
Adamkiewicz, 123.
Alquier, 492.
Antheaume, 134.
Archambault, 492.
Armand-Delille, 131.
Assicot, 231.
Azémar, 135.

Babinski, 132, 490.
Bach, 119,
Balint, 112.
Ballet, 131, 491.
Barban, 490.
Baudoin, 55, 133.
Bayo, 481.
Bechterew, 11, 40, 41, 42, 43, 128, 387, 389.
Bérillon, 137, 138, 142, 377, 3 9.
Bertillon, 378.
Bikelès, 48.
Bloch, 140.
Bonnes, 244.
Boucard, 136.
Boucarut, 319.
Bourdon, 202.
Bourneville, 38, 60, 102, 206, 250, 303, 337, 481.
Boutin, 495.
Boyer (J.), 405.
Bra, 469.
Briand, 1.
Brissaud, 55, 131.
Brunet, 142.
Buck (de), 374.
Burnet, 389.

Camus, 133, 183, 257.
Carthy (Mac), 41.
Castex, 197, 198, 199.
Castin, 206.
Cathala, 133.
Cato a, 316.
Caustier, 142.
Ceni, 126.
Cestan, 323, 492.
Charron, 58
Chaslin, 134.
Chaumier, 183.
Claude, 491.
Clément, 393.
Collet, 134.
Cololian, 97, 356.
Contet, 147.
Corneloup, 484.
Courtault, 137.
Cruchet, 185, 186.
Cuylitz, 372.

Darcanne, 199, 200.
Debray, 378.
Decroly, 318.
Déjerine, 54, 131.
Demonchy, 136, 378.
Deny, 183, 257.
Dericq, 146.
Devaux, 53, 108.
Devay, 239.
Dide, 112, 220, 231, 232, 234.
Diédow, 385.
Doutrebente, 203, 204, 489.
Dubourdieu, 150, 153 329.
Dumas, 71.
Dupouy, 54.
Dupré, 53, 132, 133, 393.
Durocher, 228.

Faguet, 54, 131, 491.
Farez, 140, 378, 379.
Faure, 235.
Favre, 136, 398.
Fédorow, 316.
Féré (Ch.), 245, 389.
Feuillade, 137, 398.
Foss, 122.
Foveau de Courmelles, 202.
Foy, 131.
Fraenkel, 49.
Francotte, 321.
Friedlænder, 118.
Froment, 399.
Fuchs, 41.
Fursac, 492.

Gallavardin, 483.
Gauckler, 492.
Gaussel, 315.
Génévrier, 313.
Giraud, 142, 241.
Glorieux, 377.
Godlewski, 70.
Goldstein, 239.
Granjux, 188.
Grasset, 133.
Grollet, 141.
Gross, 386.
Guenon, 141.
Guillain, 133.
Guisey, 135.
Gurenwitsch, 45.

Halipré, 401.
Hamel, 133.
Hauser, 322.
Heddœus, 119.
Heitz, 318.
Heldenbergh, 32.

Iwanow, 128.

Jambon, 324.
Jocqs, 187.
Joffroy, 384.
Joire, 138.

Katzowsky, 114.
Kempner, 118.
Klippel, 133.
Knapp, 407.
Kronthal, 117.

Lagriffe, 31, 309.
Lahy, 280.
Laignel-Lavastine, 491.
Lamy, 53, 132, 396.
Lannois, 243, 312, 378, 394, 395, 398, 399, 400, 405.
Leborgne, 228.
Leclézio, 495.
Leenhardt, 54, 131, 491.
Legrain, 488.
Lejonne, 323, 491.
Lemaire, 132.
Lenhossek, 114.
Lentz, 486.
Léon (de), 314.
Lépinay, 141.
Lépine, 399, 400.
Léri, 53, 133, 315, 323 491.
Leroy, 144, 184.
Level, 71.
Lévy, 54.
Mme Lipinska, 233, 242, 377.
Lohy, 326.
Lortat-Jacob, 132.

Maere, 487.
Magnin, 141.
Manheimer - Gommès, 203, 226, 234.
Marandon de Monthyel, 152.
Marchand, 203, 204.
Marie (P.), 53, 464, 491.
Marie (A.), 55, 205, 235, 490.
Masoin, 320.
Meige, 229.
Meilhon, 56, 72.
Meinhertz, 128.
Merzbacher, 108.
Mocquot, 401.
Montier, 401.
Morel, 235.
Moréro, 54, 131.
Moutier, 55, 133.
Muratet, 244.

Nadejde, 241.
Nicolas, 398.
Nikitine, 39, 157.
Nissl, 108, 388.
Norero, 51.

Olivier, 203, 489.
Ostankow, 43.
Ostwalt, 483.

Pactet, 124.
Pailhas, 209.
Pamart, 138, 378.
Papinian, 240.
Parhon, 239, 240, 241.
Passek, 115.
Paul-Boncour, 403.
Pelletier, 206.
Philippe (J.), 403.
Pichenot, 203.
Pick, 122.
Picqué, 487.
Pierret, 206.
Piewnitzki, 113.
Pitres, 185.
Piltz, 124.
Pochon, 142.
Poisot, 492.
Porot, 238, 400.
Pousseyre, 111.

Raimiste, 326.
Raymond, 53, 55, 130 133, 313, 380, 499.
Récamey, 142.
Régis, 234, 268.
Reichardt, 117.
Revilliod, 397.
Rogues, 492.
Rombotis, 138.
Roque, 484.
Rose, 314.
Rossi, 81, 417.
Rossolimo, 317.
Rousset, 226.
Roussy, 55.
Roy, 54, 135, 164, 166, 405.
Royet, 226.

Rydel, 315.

Sabrazès, 206, 207, 244.
Sabuco (Mme), 212.
Sacconaghi, 319.
Sacquépée, 232.
Schœnborn, 108.
Scherb, 397.
Schlittenhelm, 316.
Sicard, 190.
Sizaret, 226, 326.
Sniker, 316.
Sollier, 377.
Souques, 52, 492.
Spiel-Meyer, 44.
Stransky, 44, 386.

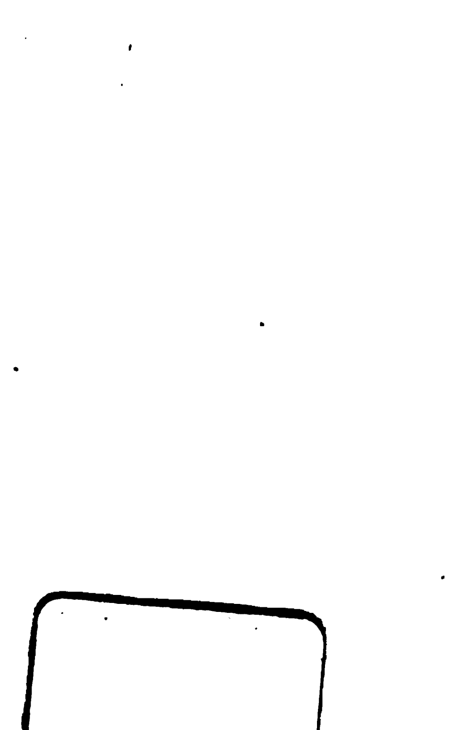
Taguet, 131.
Taty, 183.
Thaon, 53, 132, 491.
Thomas, 322, 490, 491.
Tissot, 1.
Toporkoff, 435, 486.
Trepsat, 384.
Tuckey, 139.
Tzariégradski, 128.

Varay, 483.
Vaschide, 320.
Van Vleuten, 317.
Vergnolle, 380.
Vigouroux, 488.
Vincent, 52.
Viollet, 56, 136, 205, 206.
Vitek, 128.
Vogt, 324.
Voisin (J.), 51, 141.
Voisin (R.), 51.
Volpi Ghirardini, 12?.

Weygandt, 40, 383, 478.
Wilson, 323.
Wyroubow, 486.

Yoteyko, 370.

Clermont (Oise). — Imprimerie Daix frères.




3 2044 103